

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1963

THÈSE

N° 837

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

André SUERINCK

Interne des Hôpitaux Psychiatriques

Né le 30 Octobre 1935, à Tay-Ninh (Sud Viet-Nam)

Présentée et soutenue publiquement le 24 juin 1963

LES
PSYCHOSES CADASTRALES

Président : M. DELAY, Professeur

I M P R I M E R I E
R. FOULON & C^{ie}
29, RUE DEPARCIEUX, 29
PARIS — 1963

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Nom du Candidat : SUERINCK

Prénom : ANDRÉ

Date de soutenance : 24 juin 1963

Numéro d'ordre :

(Ces deux mentions seront complétées par le Service de la Bibliothèque)

SUERINCK (ANDRÉ) —
Les psychoses cadastrales. —
Paris, Imp. R. Foulon et Cie,
1963, in-8°, 55 p.

(Thèse Médec. (Etat), Paris,
1963, N°).

SUERINCK (ANDRÉ) —
Les psychoses cadastrales. —
Paris, Imp. R. Foulon et Cie,
1963, in-8°, 55 p.

(Thèse Médec. (Etat), Paris,
1963, N°).

SUERINCK (ANDRÉ) —
Les psychoses cadastrales. —
Paris, Imp. R. Foulon et Cie,
1963, in-8°, 55 p.

(Thèse Médec. (Etat), Paris,
1963, N°).

SUERINCK (ANDRÉ) —
Les psychoses cadastrales. —
Paris, Imp. R. Foulon et Cie,
1963, in-8°, 55 p.

(Thèse Médec. (Etat), Paris,
1963, N°).



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153701_0111

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1963

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

André SUERINCK

Interne des Hôpitaux Psychiatriques

Né le 30 Octobre 1935, à Tay-Ninh (Sud Viet-Nam)

Présentée et soutenue publiquement le 24 juin 1963

LES
PSYCHOSES CADASTRALES

Président : M. DELAY, Professeur

I M P R I M E R I E
R. FOULON & C^{ie}
29, RUE DEPARCIEUX, 29
PARIS — 1963

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Debré (R.), Fey (B.), Galliard (H.), Gastinel (P.), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Lavier (G.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Mouquin (M.), Olivier (E.), Pasteur Valléry-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Richet (C.), Sénèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Verne (J.).

DOYEN : Léon BINET. *Membre de l'Institut*

1^{er} ASSESSEUR : Gaston CORDIER — 2^e ASSESSEUR : Paul CASTAIGNE

I. — PROFESSEURS

1^o CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) PROFESSEURS TITULAIRES :

MM.

Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.), SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Educat. phys. et aux Sports	CHAILEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	JOANNON (P.)
Histologie	GIROUD (A.)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	DEROBERT (L.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
Pathologie exotique	N...
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	N...
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	BOUDIN (G.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
Physiologie	BINET (L.), BARGETON (D.)
Physiologie et pathologie obstétricale	LEPAGE (F.)
Physique médicale	DOGNON (A.), DJOURNO (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale . .	CAUCHOIX (J.)
Thérapeutique	CONTE (M.)
Thérapeutique appliquée	LAMOTTE (M.)

b) PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL :

Biochimie médicale	DESGREZ (P.), POLONOVSKI (J.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Hygiène et médecine préventive	DEPARIS (M.)
Pathologie chirurgicale	
Pharmacologie	LÉVY (Mlle J.)
Physiologie	PARROT (J.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) PROFESSEURS TITULAIRES :

MM.

Clinique carcinologique chirurgicale (Necker) .. .	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais) .. .	SOULIÉ (P.)
Cliniques chirurgicales :	
<i>Beaujon</i> : LORTAT-JACOB (J.-L.) — <i>Cochin</i> : LÉGER (L.), ABOULKER (P.) — <i>Hôtel-Dieu</i> : PATEL (J.) — <i>Pitié</i> : CORDIER (G.) — <i>Saint-Antoine</i> : GOSSET (J.) — <i>Salpêtrière</i> : SICARD (A.) — <i>Tenon</i> : OLIVIER (Cl.).	
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants Malades) .. .	FÈVRE (M.)
Clinique chirurgicale orthopéd. et traumat. (Cochin)	MERLE D'AUBIGNÉ (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais) ..	GAUDART D'ALLAINES (F. DE)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laënnec) ..	MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié) .. .	DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades) ..	LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca) .. .	HUGUIER (J.)
Clinique des maladies cutanées et syphilit. (St-Louis)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des Enfants (Enfants-Malades)	CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne) .. .	DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker) .. .	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais) .. .	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	CASTAIGNE (P.)
Cliniques médicales :	
<i>Boucicaud</i> : MILLIEZ (P.) — <i>Broussais</i> : LENÈGRE (J.) — <i>Cochin</i> : JUSTIN-BESANÇON (L.), BROUET (G.) — <i>Hôtel-Dieu</i> : BARIÉTY (M.) — <i>Lariboisière</i> : SEZE (S. DE) — <i>Pitié</i> : DREYFUS (G.) — <i>Saint-Antoine</i> : KOURILSKY (R.).	
Clinique d'hydrologie et de climatologie (Bichat) ..	DEBRAY (C.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais) .. .	GENNES (L. DE)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu) .. .	DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié) .. .	DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière) .. .	GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales :	
<i>Baudelocque</i> : LACOMME (M.) — <i>Foch</i> (Suresnes) :	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal) ..	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu) .. .	RENARD (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière) ..	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul) .. .	LELONG (M.)
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-Malades) ..	MARIE (J.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laënnec) .. .	BERNARD (E.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Pitié) .. .	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard) ..	ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine) ..	LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique .. .	GAULTIER (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique	PADOVANI (P.)
Séméiologie médicale .. .	DOMART (A.)
Séméiologie et clinique chirurgicales .. .	POILLEUX (F.)
Clinique urologique (Necker) .. .	COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	TURPIN (R.)

b) PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL :

Médecine .. .	BOUR (H.), LHERMITTE (F.), PEQUIGNOT (H.)
---------------	---

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES

Anatomie :

MM. CABROL (C.); COUINAUD (C.);
GILLOT (C.); OLIVIER (G.), *pr. s. ch.*

Anatomie pathologique :

Mlle GAUTHIER-VILLARS (P.), *pr. s. ch.* ; MM. ABELANET (R.); CHOMETTE (G.); GUYGOU (Ch.), *m. conf.* ; NEZELOFF (Ch.); ORCEL (L.); PAILLAS (J.).

Anesthésiologie :

MM. KERN (E.); VOURC'H (G.).

Bactériologie :

MM. BARBIER (P.), *pr. s. ch.* ; CHRISTOL (D.); LE MINOR (L.); TOURNIER (P.).

Biochimie médicale :

MM. BAULIEU (Et.), *m. conf.* ; BOURILLON (R.); CARTIER (P.); DREYFUS (J.-Cl.); GONNARD (P.); KRUH (J.); JEROME (H.).

Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports : M. PLAS (F.).

Carcinologie :

MM. BOIRON (M.); DENOIX (P.); MATHÉ (G.); SELIGMANN (M.).

Dermato-Syphiligraphie :

MM. CIVATTE (J.); DUPERRAT (B.).

Electro-Radiologie :

M. LEDOUX-LEBARD (G.).

Hématologie :

MM. BESSIS (M.); BILSKI-PASQUIER (G.); DAUSSET (J.); DUHAMEL (G.).

Histologie :

MM. COUJARD (R.), *pr. s. ch.* ; MAROIS (M.); RACADOT (J.).

Hydrologie :

MM. BESANÇON (F.); CORNET (A.).

Hygiène :

MM. BOYER (J.), *pr. s. ch.* ; BLANCHER (G.); Mme CORRE-HURST (L.); SAPIN-JALOUSTRE (H.).

Maladies infectieuses :

MM. BASTIN (R.), *pr. s. ch.* ; DUPONT (V.).

Médecine légale :

MM. FOURNIER (E.); GUENIOT (M.); HADENGUE (A.).

Médecine du travail : M. ALBAHARY (C.).

Neuro-chirurgie : M. PERTUISET (B.).

Neurologie : M. LAPRESLE (J.).

Obstétrique :

MM. GRANJON (A.); HERVET (E.); LE LORIER (G.); LEVY (J.); MORIN (P.); MUSSET (R.); ROBEY (M.); SENEZE (J.); SUREAU (C.); THOYER-ROZAT (J.).

Ophthalmologie :

MM. BRÉGEAT (P.); DUBOIS (A.); SARAUX (H.).

Orthopédie :

MM. JUDET (R.); MEARY (R.); POSTEL (M.); RAMADIER (J.).

Oto-rhino-Laryngologie :

MM. DEBAIN (J.); PIALOUX (P.).

Parasitologie :

MM. GOLVAN (Y.); LAPIERRE (J.).

Pathologie chirurgicale :

MM. BARCAT (J.); BINET (J.-P.); CERBONNET (G.); CHATELIN (C.-L.); DUBOST (Ch.); DUBOST (Cl.); FAUREL (J.); FLABEAU (F.); GARBAY (M.); GARNIER (H.); GAUDART-D'ALLAINES (Cl. de); GERMAIN (A.); LATASTE (J.); LOYGUE (J.); MERCADIER (M.); NATALI (J.); PELLERIN (D.); PERROTIN (J.); ROBERT (H.); THOMERET (G.).

Pathologie exotique : M. SCHNEIDER (J.).

Pathologie expérimentale :

MM. BENHAMOU (J.-P.); BERTHAUX (P.); BOVIN (P.); CROSNIER (J.); HARTMANN (L.); LÆPER (J.), *pr. s. ch.* ; MAURICE (J.); MIKOL (Cl.); RICHET (G.).

Pathologie médicale :

MM. AUSSANNAIRE (M.); BOUVIER (J.); BOUVRAIN (Y.); BRICAIRE (H.); BRISSAUD (H.); BROCARD (H.); BUGÉ (A.); CATINAT (J.); CHRÉTIEN (J.); COBLENTZ (B.); CONTAMIN (F.); COURRY (C.); ETIENNE (J.-P.); FREZAL (J.); FRITEL (D.); HENNEQUET (A.); HIMBERT (J.); HOUSSET (E.); LAROCHE (Cl.); LESOBRE (R.); LÉVÊQUE (B.); MACREZ (C.); MOREAU (L.); NICK (J.); ROYER (P.); TOURNEUR (R.); WOLFFROMM (R.).

Pédiatrie-Puériculture :

MM. LAFOURCADE (J.); LEPERCQ (G.); MANDE (R.); MOZZICONACCI (P.); POLONOVSKI (C.); ROSSIER (A.); VIALATTE (J.).

Pharmacologie :

MM. BOISSIER (J.); LECHAT (P.).

Physiologie :

MM. BARRES (G.); DEJOURS (P.),
pr. s. ch.; DURAND (J.); GIRARD *m.*
conf.; HUGELIN (A.); SCHERRER (J.).

Physique médicale :

MM. CHANTEUR (J.); GOUGEROT (L.),
m. conf., *pr. s. ch.*; GREMY (F.), *m.*
conf.; MILHAUD (G.); PELLERIN (P.);
ROUCAYROL (J.-Cl.); TUBIANA (M.),
m. conf.

Pneumo-physiologie :

MM. KREIS (B.); MEYER (A.);
RENAULT (P.).

Psychiatrie : M. PICHOT (P.).

Psychiatrie infantile :

MM. DENIKER (P.); DUCHE (D.);
FLAVIGNY (H.).

Rhumatologie : M. DELBARRE (F.).

pr. s. ch.

Stomatologie :

MM. CERNEA (P.); Mme CHAPUT
(A.), *m. c. agr.*; M. GRELLET (M.).

Thérapeutique :

MM. CHASSAGNE (P.); MARCHE (J.).

Urologie :

MM. AUVERT (J.); MOULONGUET (A.);
QUENU (L.).

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

Anatomie : M. DEBEYRE (J.).

Clinique chirurgicale : VERNE (J.-M.).

Clinique médicale :

MM. PERRAULT (M.); RAMBERT (P.);
THIEFFRY (S.).

Clinique obstétricale :

MM. GRASSET (J.); MAYER (M.).

Clinique ophtalmologique :

MM. DESVIGNES (P.); OFFRET (G.).

Clinique pédiatrique et puériculture :

M. LAPLANE (R.).

Clinique psychiatrique : M. BARIK (H.).

Clinique urologique : M. KUSS (R.).

IV. — PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie	M. HAUDUROY (P.), <i>prof. sans chaire</i>
Pathologie chirurgicale	M. RUDLER (J.), <i>prof. sans chaire</i>

V. — CHARGES DE COURS D'HYGIENE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

M. BOLTANSKI (E.) — M. LAUNAY (C.)

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)
Secrétaire principal	Mlle CHAINTREUIL (G.)
Conservateur en Chef de la Bibliothèque, Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine	M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateurs	Milles DUMAITRE (P.), LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)
Bibliothécaire	Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlle LAURENT (H.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

*Qu'ils trouvent ici mes remerciements et
tout mon amour filial.*

A MA FEMME ET A MES ENFANTS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. DELAY

Professeur de Clinique des Maladies Mentales et de l'Encéphale
à la Faculté de Médecine de Paris
Médecin des Hôpitaux de Paris
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'Honneur

*Il nous a fait l'honneur d'accepter la
présidence de cette thèse.*

*Qu'il veuille bien trouver ici l'expression
de notre gratitude et de notre très profond
respect.*

A TOUS LES MEMBRES
DU JURY DE NOTRE THÈSE

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR J. PICARD

Médecin-Directeur de l'Hôpital Psychiatrique de Bonneval

Dont j'ai l'honneur d'être l'interne. Il a bien voulu m'inspirer cette thèse et me guider dans sa réalisation. Nous avons toujours trouvé auprès de lui un accueil bienveillant et une compréhension indulgente.

Qu'il trouve ici l'expression de toute notre gratitude et de notre attachement respectueux.

A NOS MAITRES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE TOURS

A NOS MAITRES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANTES

A NOS MAITRES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

A NOS MAITRES
DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE ROUEN
ET A NOS MAITRES D'EXTERNAT
DES HOPITAUX DE ROUEN

Qu'ils trouvent ici notre hommage respectueux et notre gratitude pour l'enseignement qu'ils nous ont dispensé tout au long des années.

« Fouan avait pu marcher, et c'était une consolation, car il s'intéressait encore à la terre, il montait toujours revoir ses anciennes pièces dans cette manie des vieux passionnés que hantent leurs maîtresses d'autrefois ... Ses yeux ne distinguaient plus nettement ni le blé, ni l'avoine, ni le seigle. Tout se brouillait et c'étaient des souvenirs confus qui se levaient du passé : cette pièce, en telle année, avait rapporté tant d'hectolitres. Même les dates, les chiffres, finissaient par se confondre. Il ne lui restait qu'une sensation vide, persistante : la terre, la terre qu'il avait tant désirée, tant possédée, la terre à qui, pendant soixante ans, il avait tout donné, ses membres, son cœur, sa vie, la terre ingrate, passée au bras d'un autre mâle et qui continuait de produire sans lui réserver sa part ! ... »

(*La Terre* — Emile ZOLA)



INTRODUCTION

L'Hôpital Psychiatrique de Bonneval, du département d'Eure-et-Loir, de par sa situation au cœur même de la Beauce, connaît quant à ses admissions un recrutement qui se fait essentiellement parmi la population rurale.

Il suffit de lire « La Terre », d'Emile ZOLA, pour comprendre en partie quelques aspects de la psychologie paysanne, du problème toujours actuel de la propriété et de la possession de la terre. De tous temps, cet amour volontiers violent de la possession exclusive de quelques hectares de terre, s'est parfois muée en passion sauvage exposant aux relations agressives et conduisant au crime. Rappelons ainsi que, parmi les personnages du roman de ZOLA, Buteau recherche durant toute son existence, le moyen d'éviter le partage des biens que son mariage avec Lise lui a procurés. Il s'épouvante de ce partage « comme si on l'avait menacé de lui couper un membre ». Le père Fouan s'épuise en reproches et en gémissements à l'égard de son fils Jésus-Christ, qui, au lieu de cultiver la pièce qu'il a reçue du partage, préfère faire la noce en s'adonnant à des beuveries et des libations :

« ... Oui, t'es un assassin, c'est comme si tu prenais un couteau, vois-tu, et que tu m'enlèves un morceau de viande... Un champ si bon, qu'il n'y en a pas de meilleur ! un champ où tout pousse, rien qu'à souffler dessus ! ... Faut-il que tu sois feignant et lâche pour l'abandonner à un autre... Et tout ça parce que tu l'as bue, la terre... »

* *

Notre sujet concerne l'étude des psychoses ayant pour caractère commun leur déclenchement à propos d'acquisitions et de conflits de terres. Nous proposons le terme de « Psychoses Cadastreales » pour désigner les troubles mentaux qui succèdent essentiellement aux conflits de propriété, de partages de biens, de dépossession...

Le plan de notre étude comportera d'abord un bref rappel des données cliniques concernant les deux principaux aspects observés

au cours de l'observation des sujets durant leur séjour hospitalier. Aspects qui s'opposent d'ailleurs non seulement par une séméiologie propre, mais encore par une évolution et un pronostic différents.

Puis, nous ferons un exposé de nos observations cliniques que nous diviserons en deux parties qui s'opposent :

- Le premier groupe concerne principalement les processus aigus dénommés plus couramment : psychoses aiguës, dont le pronostic est le plus souvent favorable, au moins dans l'immédiat.
- Le deuxième groupe évoque, au contraire, les psychoses à évolution plus longue entrant principalement dans le groupe des psychoses délirantes chroniques déficitaires. Il s'agit du groupe des délires chroniques systématisés : et plus précisément des psychoses paranoïaques quérulentes.

Dans un troisième chapitre, nous envisagerons les déductions essentielles qui se dégagent de cette étude.

Enfin, nous exposerons nos conclusions générales.

Soulignons tout de suite la pauvreté des références bibliographiques en ce qui concerne les troubles psychotiques ayant pour motif déclenchant le remembrement, le partage, l'acquisition ou la dépossession de terres. Ce fait ne doit pas nous surprendre si l'on considère la psychose cadastrale non pas comme une nouvelle entité nosographique, mais comme une réaction pathologique où seule, la constitution préalable, imprime à l'ensemble son caractère de processus aigu ou chronique. Ceci nous amène dès lors, comme nous l'a montré la seule observation clinique de sujets ayant été internés à la suite d'une affaire de remembrement, à deux entités cliniques essentielles : les psychoses aiguës d'une part, la paranoïa quérulente d'autre part.

RAPPEL CLINIQUE CONCERNANT LES PSYCHOSES AIGUES

Il ne peut être dans notre propos, d'exposer en détail la séméiologie des psychoses aiguës, si bien décrite déjà par tant d'auteurs, au premier rang desquels H. EY dans ses fameuses *Etudes Psychiatriques*.

Nous rappellerons seulement que l'on entend par psychoses aiguës des accès, des crises ou des états paroxystiques au cours desquels se manifestent de façon transitoire des troubles de la conscience qu'accompagnent un désordre des actes, des phénomènes délirants, de l'exaltation ou de l'angoisse et une agitation motrice plus ou moins intense.

Soulignons que ce qu'il importe d'apprécier en matière de psychose aiguë, c'est le niveau de la déstructuration de la conscience. La dégradation de la conscience s'opère en effet à des niveaux qui peuvent varier d'un individu à l'autre, d'une crise à l'autre chez le même sujet, et encore, d'un moment à l'autre au cours de la même crise. C'est ainsi que l'on parle des divers degrés des troubles de la conscience. Les altérations psychotiques de la conscience se rencontrent donc essentiellement dans les psychoses aiguës.

Au niveau supérieur de dissolution de la conscience, se situent les états maniaco-dépressifs, dont la séméiologie est suffisamment connue pour qu'il ne nous soit pas indispensable de la décrire ici. A un niveau intermédiaire, mais inférieur au précédent, on trouve les psychoses hallucinatoires et délirantes aiguës de H. EY, autrefois dénommées bouffées délirantes polymorphes des dégénérés de MAGNAN. Nous voulons à ce propos, évoquer simplement les dix critères essentiels pour porter le diagnostic de ces formes aiguës, isolées par H. EY :

1. Soudaineté du début.
2. Polymorphisme des thèmes délirants.
3. Variations du tableau clinique d'un jour à l'autre.

4. Recrudescence des troubles dans la phase parahypnique.
5. Continuité des expériences délirantes et hallucinatoires avec le vécu de la narcose provoquée, condition artificielle qui les accentue.
6. Caractère d'actualité immédiatement perceptive et intuitive du vécu délirant.
7. Oscillations de la croyance et de la perplexité critique à l'égard du délire.
8. Atmosphère de l'état crépusculaire de la conscience.
9. Prévalence de l'activité hallucinatoire visuo-spectaculaire ou cénesthésique sur l'activité hallucinatoire idéo-verbale.
10. Substratum « thymique » du vécu délirant, soit dans le vécu de l'exaltation, soit dans le sens de l'angoisse.

Si les psychoses délirantes aiguës connaissent bien souvent une cause déclenchante immédiate, devenant alors l'expression de « réactions exogènes » à une affection organique toxi-infectieuse ou autre, le plus souvent l'élément déclenchant est à rechercher par une étude anamnétique soignée. Les bouffées délirantes polymorphes, se rencontrent souvent dans la pathologie mentale de la puerpéralité, de la ménopause ou du présénium.

Enfin, elles peuvent encore être l'expression de réactions névrotiques aiguës succédant à un choc émotionnel. Comme le souligne H. EY, nous ne devons pas oublier que les facteurs énumérés par nous plus haut, ne sont pas seuls à conditionner toutes les formes étiologiques de ces psychoses délirantes aiguës. En effet, comme nous pourrons le montrer au cours de notre étude, le terrain sur lequel éclate la crise aiguë intervient pour une part toujours importante. On retrouve donc chez les sujets, un déséquilibre constitutionnel, un état de dégénérescence comme disait MAGNAN, un état prépsychotique qui a pour résultante l'abaissement du seuil de tolérance aux conditions pathogènes qui vont déclencher la psychose.

Cette condition pathogène, dans le cas particulier qui nous intéresse, se trouve réalisée par les histoires de remembrement, de partages de biens, de bornage de terrains, de dépossession ou d'acquisition de terres. Le motif déclenchant ici, d'ordre cadastral et émotionnel, ne crée pas à lui seul la psychose, mais agit en association avec affaiblissement du terrain, comme le montre surtout l'étude du deuxième groupe d'observations cliniques.

Enfin, le niveau inférieur de la déstructuration de la conscience est atteint dans les psychoses aiguës par les états confuso-oniriques et l'épilepsie. Ces altérations profondes de la conscience n'ont pas été retrouvées au cours de nos études cliniques et l'explication de ce

caractère négatif pourrait peut-être se trouver dans l'intervention toujours très précoce de la thérapeutique chez nos sujets, surtout lors des deuxième ou troisième hospitalisations...

Nous allons exposer à la suite 4 observations de sujets ayant présenté une psychose cadastrale sous l'aspect d'un court accès délirant et hallucinatoire, d'évolution le plus souvent favorable, au moins dans l'immédiat. Notons d'emblée que ces « courtes folies » ont souvent une évolution périodique, à rechutes, et qu'elles surviennent plus volontiers chez des sujets jeunes.

OBSERVATIONS

OBSERVATION N° 1

Monsieur P... est âgé de trente-sept ans lorsqu'il nous est adressé pour la première fois en 1956. Il exerce le métier de cultivateur. C'est un homme de haute taille, portant la quarantaine, correctement vêtu. Il est le septième d'une famille de neuf enfants : quatre garçons, cinq filles. De ses antécédents héréditaires, nous retiendrons que son père a été emporté par une embolie alors que lui-même avait vingt-six ans et l'on ignore la cause du décès brutal de sa mère. Une tante (sœur du père) a été hospitalisée à l'Hôpital Psychiatrique de Bonneval et y est décédée. Une des sœurs de M. P... y a fait également un court séjour pour une psychose délirante et hallucinatoire aiguë.

L'enfance de M. P... semble avoir été normale. Il fut un enfant gai, un peu turbulent. Sa scolarité fut moyenne. Il l'interrompit à l'âge de treize ans, sans avoir obtenu le certificat d'études.

On relève, sur le plan des événements pathologiques, une pleurite pendant son service militaire qu'il effectua normalement par ailleurs, et une rechute pulmonaire sept ans plus tard.

Monsieur P... est marié depuis quatre ans. Du mariage sont nés deux enfants. L'entente familiale paraît satisfaisante. On ne relève aucune altercation avec qui que ce soit, ni aucune difficulté particulière sur les plans financier et social.

On peut admettre un appoint éthylique constitué par l'absorption régulière de deux litres de cidre et d'un litre et demi de vin par jour, exception faite des liqueurs et apéritifs.

Depuis deux mois, et à la suite d'une violente discussion avec un voisin qui le poussait en vain à entrer dans les « Commandos poujadistes », M. P... extériorise des idées délirantes de persécution sur un thème essentiellement politique, ce qui finit par motiver sa première hospitalisation dans nos services, en l'absence d'efficacité du traitement ambulatoire prescrit par son médecin traitant.

• *Première hospitalisation : juin 1956*

On note, à l'entrée, un état dépressif net avec morosité, craintes de persécution, de difficultés avec les poujadistes, dysomnie, subanxiété et quelques idées d'autolyse. En même temps, M. P... développe des idées de persécution : « Je mets les communistes et les poujadistes dans le même sac. Ils veulent me tuer, ils m'injurient et me traitent de sale type... Je les entends quand je fais ma

prière (cette prière est aussi une sorte de conjuration). Un jour, je me suis brutalement endormi en conduisant mon tracteur. Ils m'ont jeté un sort... C'est un complot qu'ils ont signé à la mairie.»

Le début des troubles semble coïncider avec un surmenage physique dû au départ de son charretier. L'insomnie est importante et s'accompagne d'un état oniroïde au cours duquel M. P... voit et entend ses persécuteurs. L'anorexie est vive : il craint d'être empoisonné. Il est pantophobique, tout bruit l'effraye : une voiture qui s'arrête, c'est pour le conduire à la mort.

Monsieur P... semble ancré dans sa conviction de la véracité des faits ; pourtant, il paraît suggestible au point de finir par accepter la possibilité de la nature pathologique de ses idées.

À côté de cette légère débilité, existe une méfiance importante à notre égard : « Qu'est-ce que vous écrivez ? Va-t-on me tuer ici ? Avec le traitement, vous allez me laver l'esprit ou le corps ? »

Il s'agit donc d'une bouffée délirante, sans phénomènes psycho-sensoriels, avec impression pénible d'envoûtement. Ce délire sensitif de persécution avec états hallucinatoires corollaires, se greffe sur l'état dépressif.

Quant à l'examen somatique et neurologique, il est normal et l'on relève comme seul reflet de l'asthénie : des troubles subjectifs à type de céphalées vives, occipito-frontales, d'impression d'anéantissement physique, de troubles oculaires, ainsi qu'une hyperémotivité à l'examen.

• Juillet 1956

Monsieur P... est sthénique et quérulent : « Vous comprenez, ils veulent me tuer ! Ils essayent de m'arracher mes idées dans le cerveau : je suis chrétien moi, je travaille pour la France. On peut être communiste, mais quand il faudra, j'irai me battre pour la France. » Il est tour à tour véhément ou larmoyant, persécuté ou déprimé, mais persiste dans la crainte qu'on va le tuer.

La sismothérapie amène une amélioration progressive et sensible, avec réduction critique rétrospective du délire.

Mais M. P... ne nous donne pas le temps de confirmer la rémission. Il sort prématurément sur la demande de sa femme, après un séjour d'un mois.

Le certificat de sortie est ainsi rédigé : « A présenté une psychose subaiguë de tonalité dépressive à thème de persécution (interprétations délirantes d'insécurité). Faiblesse du jugement. »

Il s'agit donc d'une psychose délirante aiguë.

Durant quatre ans et jusqu'en mars 1960, la rémission se maintient. À cette époque, des difficultés se présentent pour M. P..., qui semblent responsables du nouvel accès aigu qui va motiver la seconde hospitalisation : il devait obtenir, d'un *remembrement* de terre derrière sa maison, quelques hectares. Il n'a pas pu les avoir. Il en résulte une nouvelle effervescence délirante, avec excitation et insomnie complète ; le milieu ambiant lui paraît hostile. Ses appréhensions anciennes l'assaillent à nouveau.

Il exprime des idées délirantes à thème de persécution et se livre à des fugues réactionnelles.

• *Seconde hospitalisation : avril 1960*

Monsieur P... exprime ses difficultés et expose avec anxiété ses idées délirantes de persécution tout en désignant ses persécuteurs : « On veut me tuer, le général D..., l'instituteur, qui m'a mis un mandat d'amener sur le dos. On va me tuer ici... Je le sais. Vous êtes dans le coup. J'ai entendu dire que je n'en avais plus pour longtemps... C'est pour ça que je n'ai pas eu la terre... »

On peut noter la forte charge anxieuse de cette psychose où la motivation cadastrale prédomine.

Monsieur P... va, vient, se lève, s'assied, n'interrompant sa déambulation que pour prendre un air prostré et se tordre les mains. Son visage reflète une terreur intense ; sa voix est éteinte ; il gémit, appelle au secours, éclate en sanglots... parfois la panique est à son comble et M. P... fuit se cacher dans un coin : « On lui en veut, on souhaite sa mort, on a attenté à ses jours pour le châtier... Il ne comprend pas... il est pourtant bon Français... C'est une histoire de terre, ou bien une histoire d'école libre, pense-t-il... Quoi qu'il en soit, il se sent en danger, ici même, on l'attend derrière la porte avec un revolver... On a monté la tête aux infirmiers... »

À côté de ce sentiment de danger, on peut noter encore l'atmosphère de mystère, d'inconnu, d'inassouvi : tout est noir et redoutable. Les perspectives sont pessimistes, teintées de sentiments existentiels de doute et d'insécurité. Le mécanisme d'édification de ce délire emprunte son expression à la fois au terrain : sujet légèrement débile ; au vocabulaire réduit ; à l'intuition : il « sent » la présence ennemie ; aux interprétations et aux hallucinations : la nuit, il « voit » ses ennemis, des papiers qui traînent représentent l'acte de sa condamnation ; parmi les autres malades, il reconnaît son ancien capitaine venu pour le punir. Enfin, les causes directement déclenchantes comme cette affaire d'achat de terrains, suivie de procès, semblent avoir des résonances profondes dans la sphère affective. En effet, ces manifestations délirantes évoluent sur un fond d'anxiété intense, incoercible, évoluant par vagues. Cet état rentre probablement dans le cadre d'une psychose cyclique et la phase dépressive actuelle semble *avoir été induite par un motif d'ordre cadastral*.

L'examen physique ne révèle rien d'anormal. À la fin du mois d'avril, sous l'influence de la sismothérapie, on note une amélioration très rapide des troubles et le retour à l'égalité thymique. L'auto-critique rétrospective est satisfaisante.

Ce court accès délirant sur fond dépressif épisodique disparu, M. P... quitte le Service.

Il reprend normalement son travail de cultivateur.

Un an après, à la même époque printanière, M. P... devient à nouveau et rapidement irritable, méfiant et renfermé. Dix jours avant sa troisième hospitalisation, il revient un soir des champs, sur son tracteur lancé à folle allure, en criant qu'on le poursuit, qu'on veut le tuer.

Depuis, il refuse de sortir de chez lui. Il empêche ses enfants de jouer devant la porte de la maison, de crainte qu'on ne les enlève.

Le docteur de famille veut l'empoisonner. Sa femme a drogué ses cigarettes. Il s'enferme chez lui et cadenasse tout.

• *Troisième hospitalisation : avril 1961*

Monsieur P... présente un état dépressif, à forme de délire sensitif et anxieux, avec sentiment d'hostilité ambiante, appréhension.

Quand deux personnes parlent entre elles, ça ne peut être que de lui. On le méprise, on le jalouse... Il a manifesté l'intention de se suicider pour se soustraire à ses persécuteurs. Les journaux sont remplis d'allusions concernant sa situation. Certaines phrases prononcées à la radio le concernent directement.

Huit jours avant son hospitalisation, M. P... a ressenti une lombalgie suivie d'émission d'urines troubles et hématuriques : il s'agit donc d'un état similaire aux accès antérieurs, faisant suite cette fois à une crise de lithiase urinaire. Ce troisième accès dure à peine trois semaines et M. P... sort.

• *Quatrième hospitalisation : août 1962*

Ce quatrième accès est un état de mélancolie anxieuse délirante, où M. P... exprime à nouveau ses craintes de persécution et des appréhensions diverses, entrecoupées de phases d'agitation avec agressivité.

La sismothérapie trouve là encore une efficacité, toutefois l'humeur demeure labile et ceci laisse prévoir la possibilité de rechute ultérieure sous l'influence du moindre choc émotif.

Monsieur P... sort au bout de trois semaines et la rémission se maintient actuellement.

EN RESUME

De cette première observation clinique, nous pouvons dire que M. P... a présenté une « psychose cadastrale » lors de sa seconde hospitalisation.

Cette psychose a été déclenchée par une affaire de remembrement de terres, à la suite de laquelle il n'a pas pu acquérir les quelques hectares de terrain qu'il souhaitait obtenir.

Cet échec a été à l'origine des troubles psychotiques « aigus » qui ont été l'expression de la rechute, elle-même vécue sur le mode de l'expérience hallucinatoire et délirante.

Sous l'influence de la sismothérapie, la rémission fut aisément obtenue.

Cette effervescence délirante présentait tous les caractères des psychoses délirantes aiguës si bien décrites par H. Ey, dans le n° 23 du tome III de ses études. On relève en effet la soudaineté du début, les variations et le polymorphisme des thèmes délirants et du tableau clinique d'un jour à l'autre, la recrudescence des troubles dans la phase para-hypnique, l'impression d'actualité intuitive du vécu délirant, les oscillations de la perplexité et de la croyance à l'égard

du délire, la profondeur de la dissolution de la conscience confinant à l'état confuso-onirique avec activité hallucinatoire visuelle prévalente, l'angoisse vive enfin.

La psychose cadastrale a donc éclaté sur un terrain déjà psychopathique, puisqu'on retrouve la notion d'une hospitalisation quatre ans auparavant pour un accès similaire, des antécédents héréditaires et deux autres accès délirants ultérieurs reproduisant un tableau clinique semblable à celui qui possédait la motivation cadastrale.

Le pronostic nous paraît bon dans l'ensemble, si l'on considère la rapidité avec laquelle chaque accès délirant a cédé avec quelques séances d'électrochoc conduisant à une rémission stable entre les accès.

Il s'agit donc d'une psychose sans lendemain... au moins dans l'immédiat, et si l'on envisage l'ensemble des crises, d'une psychose délirante à rechutes, confinant parfois au niveau maniaco-dépressif.

Notons enfin un caractère négatif qui retiendra notre attention pour la suite de notre étude : c'est l'absence de caractéristiques de la psychose paranoïaque chez M. P..., ainsi que l'absence de signes passionnels remplacés, rappelons-le, par une débilité légère avec alternance thymique d'anxiété et d'euphorie niaise et puérile.

OBSERVATION N° 2

Monsieur B... est âgé de soixante ans lorsqu'on le conduit dans nos Services pour la première fois, au milieu du mois de mai 1957.

C'est un homme grand, trapu, rougeaud, de biotype athlétique et sanguin.

L'étude anamnestique nous révèle ceci : il est né « prématuré », à sept mois. Il a toujours été « simple d'esprit », cependant parfaitement capable d'exploiter sa ferme. Il s'est marié une première fois, mais sa femme étant trop légère, l'entente n'a pas duré et le divorce a eu lieu. Le second mariage n'a pas été non plus une réussite : la seconde femme étant à peine plus sérieuse que la première !

Il s'en est suivi une séparation. Les enfants de M. B... sont normaux, en bonne santé. Dans l'ascendance du sujet, on trouve une grande-mère paternelle qui serait décédée « d'une crise, après une période de déficience mentale », nous a-t-on dit, sans pouvoir en préciser davantage.

Monsieur B... lui-même est depuis plusieurs années suivi et soigné pour une hyperazotémie. C'est au beau-frère du sujet que nous devons le récit des circonstances du début de la maladie mentale.

Alors que M. B... est séparé de sa femme depuis cinq ans, deux semaines avant le début des troubles, il a été convoqué par le juge du pays. « Quand il a appris cette convocation, mon beau-frère est venu chez nous, assez excité,

en répétant plusieurs fois qu'il y aurait sûrement des difficultés à propos du partage et qu'il serait sans doute obligé de vendre sa ferme et ses terres. »

Le soir même de la convocation, et deux nuits de suite, M. B... quitte son domicile en proie à l'excitation, la confusion et le délire, ce qui motive son internement dans nos Services.

• *Première hospitalisation : mai 1957*

Monsieur B..., à son arrivée, est dans un état d'agitation extrême, avec impulsivité violente (il a frappé et blessé sérieusement un infirmier chargé de son transfert).

Il présente un tableau d'excitation confuse, avec agitation motrice incohérente. Il tient des propos délirants polymorphes à thèmes de frustration et de culpabilité.

On ne retrouve aucun appoint éthylique, malgré ce facies congestif. Il n'y a aucun tremblement ni substratum neurologique. Les pupilles sont normales ; le cœur est rapide, mais régulier. La tension artérielle est à 13-9. On note au niveau des membres inférieurs des cicatrices d'ulcère variqueux.

Quelques jours d'observation nous confirment dans la pensée qu'il s'agit d'une psychose réactionnelle à un facteur affectif : l'actualisation du divorce avec le risque de perturbations financières qu'il est susceptible d'entraîner, ainsi que l'inquiétude du remembrement.

Au bout d'une dizaine de jours, une amélioration se dessine. M. B... reprend conscience. La détérioration mentale semble beaucoup moins profonde qu'on ne l'avait cru au début (... et que ne l'avait dit le beau-frère !).

Monsieur B... sort guéri au début de juin 1957 et l'on peut relever les termes suivants sur le certificat de sortie : « A présenté une psychose aiguë à forme d'excitation délirante avec syndrome épisodique d'influence, de possession et d'ensorcellement. Agitation initialement intense. Alors qu'au début on se posait la question de l'intervention d'éléments endo ou exotoxiques (azotémie ou éthy-lisme).

Actuellement, l'origine psychogène paraît déterminante : préoccupations matérielles obsédantes (partage de divorce et remembrement). Cessation brusque de tous les troubles sans traitement. Retour d'une auto-critique normale. Mémoire bien conservée. Amélioration parallèle de l'état général. Est guéri de son accès. »

• *Deuxième hospitalisation : fin octobre 1957*

Elle succède à une phase d'incubation consciente (M. B... étant venu à plusieurs reprises solliciter un traitement ambulatoire au dispensaire de C...). Cette fois, M. B... est conduit dans le Service par les gendarmes. Il se présente dans un tableau identique à celui de sa précédente entrée : très excité, fuite des idées avec nombreuses interférences, logorrhée, état subconfusionnel. Les histoires de remembrement semblent entrer pour beaucoup dans les idées délirantes du sujet. Il fait des signes de croix multiples, réclame un prêtre. (La tension artérielle est à 15-8.)

Il s'agit donc d'un syndrome d'excitation maniaque aigu, expression d'une psychose intermittente, avec alternance de dépression anxieuse et d'excitation délirante. Ce syndrome donne lieu à des accès d'agitation violente, avec déclamation, vociférations, incohérence idéo-verbale, logorrhée, insomnie, qui d'ailleurs cèdent très difficilement à la thérapeutique neuroleptique, notamment aux cocktails lytiques. Seule la sismothérapie, au bout de quatre séances, vient à bout de cet épisode maniaco-dépressif, jusqu'à la sortie, le 18 novembre 1957.

• *Troisième hospitalisation : fin juin 1958-11 août 1958*

Une fois de plus, M. B... présente un état d'excitation maniaque aiguë, avec accès de fureur paroxystique, vocifération, projection et bris d'objets, colères accompagnées de congestion céphalique.

L'évolution sous traitement est marquée par une obtusion psychique marquée et par l'apparition transitoire d'un œdème variqueux important au niveau d'un membre inférieur. Puis, les déchainements impulsifs soudains et imprévisibles s'espacent avant de disparaître complètement.

Monsieur B... sort, guéri, en août 1958. Mais on peut lire à la fin du certificat de sortie : « En raison de la nature des troubles et de leur tendance récidivante, la continuation de la conduite des véhicules automobiles est contre-indiquée. »

• *Quatrième hospitalisation : 27 février-28 mars 1959*

C'est encore une rechute avec nouvel accès d'excitation maniaque et l'on pose le diagnostic de manie intermittente à forme d'irritabilité impulsive, s'améliorant toujours rapidement sous l'influence du traitement. La tension est à 17-10 ; le cœur est toujours régulier mais rapide et, cette fois, l'œdème devient difficilement réductible au niveau des membres inférieurs. Nous pouvons retenir comme élément péjoratif sur le plan somatique cette tension artérielle qui croît à chaque hospitalisation.

Au terme de ce quatrième séjour, il persiste une euphorie fondamentale malgré les nombreuses difficultés qui le soucient véritablement en ce qui concerne les affaires de famille et la vente de la ferme, et au sujet desquelles M. B... demeure encore bien irritable, voire coléreux.

Il sort en mars 1959, très calme et guéri une fois encore. Dès lors, les hospitalisations se succèdent à un rythme assez régulier.

• *Cinquième hospitalisation : 19 juin-16 juillet 1959*

Paroxysme de manie aiguë, à forme d'excitation impulsive avec tachypsychie, irritabilité coléreuse, comportements violents. Prédominance des éléments dépressifs.

• *Sixième hospitalisation : 11 août-31 août 1959*

Nouvel accès maniaco-dépressif, semi-conscient puisque le sujet est venu spontanément à l'hôpital pour préserver les siens de ses violences.

- *Septième hospitalisation : 15 avril-26 avril 1961*

C'est un tableau de bouffée délirante polymorphe, mais le nombre d'internements antérieurs permet de mettre tout de suite l'étiquette de psychose maniaco-dépressive sur le tableau clinique.

- *Huitième hospitalisation : 19 novembre-5 décembre 1961*

Excitation, vociférations, hurle à tue-tête : « Je prévois la fin du monde. » Les propos sont très décousus, le fond mental apparaît pauvre ; on note un ressassement d'histoires familiales, de terrain, de loyer, de conflits, d'adultère sans qu'un délire hallucinatoire soit nettement extériorisé pour autant. Lors de la sortie, persiste cette fois un ralentissement idéo-moteur.

- *Neuvième hospitalisation : 4 septembre-8 septembre 1962*

Nouvelle crise maniaque, au cours de laquelle il voit le Diable.

EN RESUME

Dès la première hospitalisation, il s'agit d'une psychose cadastrale. Si, au début, le degré de dissolution de la conscience se situe au niveau des psychoses délirantes et hallucinatoires aiguës, lors des rechutes ultérieures, la dissolution de la conscience est moindre, se situant au niveau supérieur de la psychose maniaco-dépressive, avec des nuances et des fluctuations à l'intérieur des psychoses aiguës.

Notons qu'ici, comme exception à la règle, on voit éclore une bouffée délirante aiguë sans systématisation ni traits caractéristiques de la constitution paranoïaque, chez un sujet dont l'âge est déjà bien avancé lorsque survient la première crise.

Le motif déclenchant est d'ordre cadastral : remembrement, partage de terres, vente de la ferme à cause du divorce.

Le pronostic d'ensemble est bon, malgré la grande fréquence de rechute des accès. Notons qu'au fur et à mesure des hospitalisations, la durée du séjour devient plus brève pour ne plus excéder quelques jours ces dernières années. En effet, ces jours-ci (1963), M. B... s'est fait hospitaliser trois jours seulement et l'accès d'exaltation a cédé aussi vite qu'il était apparu. Par ailleurs, l'entourage immédiat déjà habitué à la symptomatologie que présente M. B..., nous l'adresse immédiatement au moindre signe tant soit peu suspect. Jusqu'à présent, le tableau clinique est donc celui d'une manie délirante sur fond dépressif réalisant le plus souvent un état mixte maniaco-dépressif.

OBSERVATION N° 3

Monsieur H..., natif du département d'Eure-et-Loir, est âgé de trente-six ans lors de sa première hospitalisation en mars 1962.

Il est célibataire. Son métier est celui de tâcheron. Un fait retient immédiatement notre attention : sa sœur doit être également admise à l'hôpital psychiatrique, quelques jours après lui, parce qu'elle présente les mêmes troubles, connaissant le même motif déclenchant : des deuils familiaux rapprochés : leur père est décédé en septembre 1961, leur mère en février 1962.

Ce double décès devient dès lors la source de nombreuses difficultés testamentaires concernant essentiellement le partage des terres et de la maison.

C'est ainsi que, brutalement, M. H... présente un état d'agitation extrême, avec logorrhée, euphorie, causticité, fuite des idées caractérisant un tableau évident d'agitation maniaque. L'inefficacité du traitement à domicile conduit le sujet dans nos Services.

• Mars 1962

A l'examen, la présentation de M. H... est caractéristique : sa tenue est débraillée, son visage animé, enjoué, ses yeux sont rieurs et brillants, d'une mobilité extrême. Le contact est aisé, quoique le plus souvent labile. On note une tachypsychie. Il y a une véritable kaléidoscopie des contenus de la conscience, avec associations rapides et superficielles des idées et distraction perpétuelle que camoufle en partie une logorrhée incoercible.

Pourtant, au milieu de cette diffuence, de cette dispersion, l'orientation temporo-spatiale est correcte.

En ce qui concerne le domaine de l'affectivité, on note l'exaltation de l'humeur marquée par l'expansivité avec hyperthymie.

Cependant, l'humeur est labile et cette euphorie fondamentale est souvent entrecoupée de brusques accès de pleurs.

Le syndrome moteur de l'agitation maniaque est évident, marqué par une excitation psycho-motrice avec conduites ludiques. Enfin, l'insomnie est complète depuis quinze jours.

En conclusion, c'est un accès maniaque typique.

Quelques jours plus tard, le tableau clinique a peu varié : la tenue est toujours aussi débraillée, le contact est superficiel. Si la désorientation et la confusion manquent, on note une nette indifférence à l'ambiance. L'activité de jeu est manifeste : M. H... parle en zézéyant, invoquant comme excuse que sa langue est paralysée et, tout en parlant, il tire la langue sans arrêt. L'instabilité motrice est notable, ne permettant aucune conversation suivie. Cette agitation motrice se décompense parfois en brusques décharges agressives et impulsives : il frappe subitement à coups de poing un autre malade en qui il a cru reconnaître un de ses ennemis.

Sous l'effet des neuroleptiques, le comportement s'améliore ; l'agitation cède et l'on arrive enfin à obtenir un récit assez cohérent des difficultés concernant

l'héritage des biens. L'interrogatoire révèle l'existence chez M. H... de manifestations délirantes et hallucinatoires qui, jusqu'à ce jour, étaient masquées par les éléments du tableau de manie aiguë.

« Hier, je tirais la langue pour me moquer de M. C... Celui que j'ai frappé... J'ai agi ainsi parce que je savais que ce type vous parlait de moi. Je le savais par transmission de pensée... Il a crié partout que je suis fou... »

Quelques jours plus tard, M. H... présente un syndrome hallucinatoire marqué : il entend des voix venant de l'extérieur de l'établissement : tantôt c'est celle de sa sœur, tantôt celle de son ami A... Il nous précise qu'il entend ces voix dans ses deux oreilles.

Le contact est devenu plus difficile : il persiste une légère obnubilation de la pensée. Les phénomènes hallucinatoires prédominent dans la sphère auditive et coexistent avec un syndrome d'automatisme mental : vol de la pensée par des ennemis, écho de la pensée, le tout teinté d'un sentiment de persécution.

Le tableau clinique s'est donc aggravé par rapport au tableau initial présenté à l'entrée : l'excitation psycho-motrice devient permanente avec brusques décharges explosives d'agressivité ayant toujours pour même victime cet autre malade C... En outre, M. H... commence à refuser avec violence ses médicaments, qui contiennent du poison dit-il, et il craint d'être empoisonné par ses ennemis...

C'est ainsi que, devant l'échec des neuroleptiques, on est amené à pratiquer quelques séances de sismothérapie, dont trois seulement sont nécessaires pour amener une rémission franche. L'état thymique se normalise, bien que le sujet soit encore jovial et logorrhéique. On assiste au début d'une auto-critique avec prise de conscience de la nature morbide des troubles : « J'ai dû être malade... J'ai dû en dire des bêtises... Comment ai-je pu avoir tout ce fatras d'idées dans le crâne ? »

Une sortie d'essai est accordée au bout de dix-neuf jours d'hospitalisation, bien vite muée en sortie définitive, prise contre l'avis médical, étant donné la persistance de l'hyperthymie et de la jovialité excessive par rapport aux circonstances.

M. H... a donc quitté nos Services fin mars 1962 et jusqu'à présent aucune rechute n'a paru devoir se manifester.

EN RESUME

M. H... a présenté lors de cette première et seule hospitalisation une psychose cadastrale.

Le tableau séméiologique réalisé au cours de cette psychose a été celui d'une manie délirante aiguë où les manifestations hallucinatoires et délirantes étaient l'expression d'une déstructuration marquée, mais peu profonde, de la conscience, se situant elle-même à un niveau supérieur à celui des bouffées délirantes polymorphes. On peut aisément faire le diagnostic de psychose aiguë sur la brutalité de l'éclosion de l'accès et la tendance naturelle à la rémission.

Ce tableau semble avoir été déclenché par un motif d'ordre cadastral : des difficultés testamentaires concernant le partage des terres.

L'évolution de l'accès a été courte et si l'on a pu noter l'aggravation rapide du tableau au début de l'hospitalisation, du moins cette recrudescence hallucinatoire et délirante a-t-elle connu un apaisement rapide sous l'action de la sismothérapie. Dans l'ensemble, nous pouvons donc admettre ici que le pronostic est bon, tout au moins dans l'immédiat, car ultérieurement, un motif semblable ou autre pourrait venir à déclencher la rechute. Le terrain peut, en effet, nous paraître fragile si l'on considère l'exacte similitude des troubles présentés, à quelques jours d'intervalle, par le frère et la sœur comme réaction au même événement déclenchant.

OBSERVATION N° 4

Monsieur M... est né en 1922 dans l'Eure. Il est célibataire, âgé de vingt-neuf ans. Il entre dans le Service en octobre 1961.

Son médecin nous l'adresse par suite d'une agitation intense. Il exprime des idées délirantes et d'auto-accusation : il s'accuse en effet d'avoir fait du mal et, de ce fait, ses voisins lui en ont voulu.

L'origine du déséquilibre semble provenir d'une histoire de *remembrement* et de *droit de préemption sur l'acquisition de terres*.

Dans le Service :

Le malade montre un faciès congestif. Son état général est assez bon ; on note un tremblement digital.

Il présente des troubles mentaux caractérisés par :

- Des idées délirantes labiles et polymorphes, sous-tendues par une hyperthymie euphorique et succédant, semble-t-il, à des tractations commerciales ayant rapport au remembrement foncier. On note une logorrhée avec fuite des idées, difficulté de la synthèse mentale réalisant un syndrome de Gansers. Les associations sont multiples et désordonnées.
- On retrouve des hallucinations auditives avec idées d'influence, sentiments de force et de puissance surnaturelles, ou, au contraire, accès d'anxiété et de peur, expériences ineffables de la « fin du monde » succédant parfois à des épisodes d'euphorie extatique.
- Cet état semble avoir entraîné des troubles du comportement ayant motivé l'intervention du maire et de la force publique.
- Ces troubles sont manifestement caractéristiques d'une psychose aiguë, bien que l'orientation soit conservée, et le diagnostic évoqué est :
 - soit celui d'un accès de manie aiguë délirante ;
 - soit celui d'une bouffée délirante polymorphe au sens de Maignan.

L'examen physique ne révèle rien de bien marquant : le cœur est régulier. La tension artérielle est à 19-13. Le foie est légèrement sensible à la palpation.

Quelques jours plus tard, l'état de M. M... s'est modifié. Les idées délirantes sont partiellement critiquées. Le sujet ne semble pas présenter d'expérience délirante actuelle. Il persiste une certaine exaltation de l'humeur, accompagnée d'accès logorrhéiques évoluant toujours autour du sujet favori : le « remembrement des terres ».

Le Docteur J. PICARD résume le bilan de la façon suivante :

« M. M... présente une psychose délirante à type de délire sensitif hyposthénique. Il ressent une impression de malveillance ambiante. Interprétations, perplexité, inquiétude sont nettement manifestées. Dysomnie avec cauchemars. Autoscopie. Sentiment de dédoublement. Hyperendophasie avec ébauche d'automatisme mental. Suggestions contraires. Sentiment d'influence. Subduction mentale depuis près de deux ans avec éclipses. Episodes récents d'agitation avec impression de dépersonnalisation. M. M... se croyant successivement Jésus-Christ ou Satan. Persistance d'une syntonie normale avec auto-analyse assez poussée. Le sujet critique par instants ses troubles de façon très correcte. On relève dans l'anamnèse des migraines qui datent du début des troubles (le placement ne paraît pas se justifier par voie d'office). »

Une amélioration transitoire apparaît, à laquelle fait suite au bout de quinze jours une reprise de l'anxiété avec bouffées interprétatives et impressions diverses de malveillance, de dédoublement, d'automatisme mental.

Les bouffées anxieuses délirantes s'expriment ainsi : il dit qu' « il a du poison dans le ventre, que le jambon est empoisonné ». Enfin, il refuse les médicaments.

Cet état stationnaire, tout en étant fluctuant, nous amène à pratiquer des séances de sismothérapie, ce qui amène la rémission de cette psychose délirante aiguë, à forte charge anxieuse et à expression variable.

A la fin du mois d'octobre, M. M... très amélioré, encore légèrement anxieux, quitte nos Services.

EN CONCLUSION

M. M... a présenté une psychose onirique à forte charge anxieuse, qui s'est bien améliorée après sismothérapie. M. M..., pourtant, est sorti peut-être un peu prématurément sur la demande de sa femme et en sa compagnie. La stabilisation dure jusqu'à ce jour.

Il s'agit donc d'une psychose cadastrale qui motive la première et la seule hospitalisation jusqu'à ce jour de M. M... Le niveau de déstructuration de la conscience n'atteint pas dans les psychoses aiguës le niveau supérieur de la psychose maniaco-dépressive. Il se situe à un niveau inférieur, celui des psychoses délirantes et hallucinatoires aiguës, confinant parfois à une dissolution plus profonde de la conscience, évoquant alors les états confuso-oniriques. Cette

psychose aiguë cadastrale a eu pour motif déclenchant une affaire de remembrement et de droit de préemption sur l'acquisition des terres.

De même que dans les trois observations précédentes, nous remarquons qu'après une phase d'amélioration de quelques jours succédant immédiatement à l'hospitalisation, nous observons souvent après cette accalmie transitoire une nouvelle poussée anxieuse qui se montre facilement réductible par quelques séances de sismothérapie (au moins pour la crise actuelle). Nous nous demandons si ce profil évolutif à deux phases ne représente pas un des éléments caractéristiques et essentiels de l'évolution des psychoses aiguës.

RAPPEL CLINIQUE CONCERNANT LES PSYCHOSES PARANOIAQUES QUERULENTES

Ces troubles appartiennent aux délires chroniques et sont constitués par des idées délirantes permanentes. L'activité délirante est prise « activement dans les relations permanentes qui unissent la personne à son monde » ; elle est incorporée dans la personnalité du sujet et représente en ce sens une « modalité délirante du Moi aliéné ». Dans le cas particulier qui nous intéresse, le délire tend à se systématiser dans une fiction relativement cohérente, en un système de croyances bien articulées, ce qui caractérise la structure paranoïaque.

Quant à la classification nosographique des psychoses paranoïaques, nous savons qu'elles comprennent essentiellement les délires de revendication et les délires passionnels. Seuls nous intéressent ici les délires de revendication et plus encore, à côté des délires d'invention et d'idéalisme passionné, les délires des querulents processifs en relation avec un motif déclenchant d'ordre cadastral.

Quels sont les traits essentiels de ces psychoses paranoïaques ? Elles se développent dans l'ordre, la cohérence et la clarté. Elles possèdent une construction en quelque sorte paralogique à partir d'éléments faux. Elles comportent de la méfiance, de l'orgueil, une psycho-rigidité, de l'agressivité et une fausseté du jugement. Les thèmes de grandeur, de jalousie, d'érotomanie, de revendication sont construits sur des interprétations, des illusions, des perceptions délirantes, des hallucinations, des fabulations et des intuitions.

Dans notre *observation n° 7*, M. O... montre une certaine puissance de contamination puisqu'il résulte de sa conduite délirante la naissance d'un délire à deux, comme on en observe fréquemment au cours des troubles paranoïaques.

Les psychoses cadastrales que nous allons étudier chez nos sujets qui se sont révélés à l'observation comme possédant une structure

paranoïaque, ont pour thème essentiel la revendication. On retrouve chez ces malades une hyperesthésie ou une hyperthymie, la prévalence d'une idée délirante qui entraîne la conviction inébranlable, le développement du délire en « secteur », « système partiel qui s'enfonce comme en coin dans la réalité ». On note également un tempérament vif, un caractère plutôt ombrageux, coléreux et susceptible, vindicatif et rancunier. « Ils sont gouvernés par un sur-Moi inflexible ; ils sont entiers et sans compromission », écrit M. H. Ey. Sur ce terrain, où les dispositions caractérielles sont telles que nous venons de les décrire, la psychose cadastrale se développe plus insidieusement que pour les cas précédemment étudiés, à la faveur d'un conflit en rapport souvent avec un remembrement de terres.

La revendication délirante processive de la propriété et des droits constitue le caractère essentiel du second groupe des psychoses cadastrales dont nous allons exposer les observations cliniques. A seule fin de bien nous imprégner des traits dominants de ces quérulents processifs chez qui ces psychoses se développent, nous reproduisons ces quelques lignes de H. Ey, concernant ces types de personnalités :

« Ils se ruinent en procès pour faire triompher une revendication parfois dérisoire. Ils poursuivent la défense de leur honneur ou de leurs droits ou de leur propriété au mépris de leurs intérêts les plus évidents. Ils accumulent des sentiments de haine et de vengeance, sans se départir jamais de la conviction qu'ils sont trahis, injustement jugés, et qu'ils sont victimes d'un acharnement aussi implacable que le leur propre. Parfois, ces sujets, véritables " persécutés-persécuteurs ", environnés d'ennemis et exaspérés, " se font justice " et vont jusqu'au crime contre leurs ennemis. »

Sur le plan psycho-pathologique, ces psychoses paranoïaques seraient la résultante d'un processus évolutif insidieux mais implacable, entravant ou altérant la personnalité dans son développement normal.

Comme l'exprime si justement H. Ey :

« Il s'agit là d'une forme d'aliénation de la personne dans sa totalité dont le bouleversement s'exprime par les thèmes délirants que les forces répressives du Moi contiennent encore (par une sorte de pseudo-rationalisation) dans un système relativement cohérent. »

Soulignons pour terminer ce préambule que ces psychoses cadastrales quérulentes surviennent plus volontiers chez des sujets âgés

ou tout au moins chez des sujets chez qui la constitution paranoïaque, diagnostiquée rétrospectivement, a été compatible avec une existence plus ou moins normale, sans éclat, jusqu'à un âge avancé.

Enfin, il est probable qu'ici, en l'absence de véritable destruction de la conscience, ce soit l'altération de la personnalité seule qui soit responsable du mauvais pronostic habituel, à brève ou lointaine échéance, de ces psychoses.

OBSERVATIONS

OBSERVATION N° 5

Monsieur T... est âgé de quarante-cinq ans lorsqu'on l'hospitalise dans nos Services, le 31 mars 1955. Il est cultivateur et possède 30 hectares de terre. Dans son pays, il occupe les fonctions de conseiller municipal. Il est marié, n'a pas d'enfant.

Son enfance s'est déroulée normalement. Il a accompli son service militaire sans incident, puis fut mobilisé au début de la dernière guerre, puis prisonnier durant cinq ans en Allemagne.

La femme de M. T... nous donne le récit suivant des faits : « Son mari est malade depuis le remembrement (1954). Il s'est cru lésé. Il est vrai qu'il a été nettement défavorisé. Il a perdu plus qu'il ne pensait : ça portait sur 5 hectares. Il a toujours été gentil avec les voisins et l'entourage. Cependant, il a reproché au maire d'avoir provoqué ce remembrement et depuis, entre eux deux, il y a des disputes et des dissentiments. Elle pense que son mari avait raison de se sentir lésé. Ça n'aurait pas dû être ainsi.

Au début de mars 1954, son mari partait chaque jour pour voir la femme de l'instituteur qui, disait-il, l'avait soutenu, lui, au moment du remembrement. Cette femme le mettait à la porte et, vers la fin, l'instituteur le recevait en lui jetant un seau d'eau. »

Depuis quelques jours, M. T... n'adressait plus la parole à sa femme qu'il accusait d'être contre lui. De plus, il ne dormait plus la nuit et parlait tout haut, paraissant halluciné. Durant le mois de novembre 1957 (six mois avant la première hospitalisation), M. T... devint très persécuté. Il croyait que le maire en voulait à sa vie et partait sur la route, une fourche sur l'épaule, en disant à qui voulait bien l'entendre : « C'est mon fusil ! »

A plusieurs reprises, le soir, il avait « sauté le mur » de l'instituteur pour rendre visite à la femme de ce dernier. L'instituteur avait d'ailleurs fini par demander l'autorisation de porter sur lui une arme pour se défendre éventuellement...

• *Première hospitalisation : 31 mars-22 juillet 1955*

Monsieur T... présente un état délirant, où la structure interprétative prédomine, avec thèmes intriqués de persécution et d'érotomanié. Il exprime des idées de préjudice concernant le remembrement dans lequel il a été lésé et défavorisé.

On note des hallucinations auditives. Le sujet s'exprime par des chansons qui sont des allusions à peine masquées à la femme aimée (celle de l'instituteur) et à lui-même. Le contact avec l'interlocuteur est difficile, car il oppose aux questions une réticence serrée, des élusions souriantes avec une euphorie paradoxale.

On assiste à une systématisation progressive des idées de persécution contre le maire et son entourage. Le délire englobe peu à peu sa propre femme, qu'il situe dans le camp de ses ennemis, auquel s'oppose d'ailleurs, dans un dualisme morbide, le camp des amis, des protecteurs. Ce délire est très actif et les thèmes de persécution avec sentiments d'hostilité et idées de préjudice, d'érotomanie et de mégalomanie, s'y trouvent intriqués. En effet, on observe chez M. T... une fixation érotomaniacale, érotique, passionnelle sur la femme de l'instituteur. Il a fait auprès d'elle des démarches diurnes et nocturnes incessantes, l'a poursuivie de ses assiduités, ce qui explique les altercations avec le mari de cette femme aimée et la projection de seaux d'eau sur l'intrus !

Monsieur T... reçoit des révélations hallucinatoires et interprétatives.

Il possède des idées de grandeur : « Il a rencontré le président de la République, avec qui il a eu un entretien à C... Il a fait de multiples rencontres avec de hauts et puissants personnages. »

Ces idées s'accompagnent d'ailleurs de fausses reconnaissances, d'une hypersthénie marquée, d'une satisfaction de soi, et... de protestations contre l'internement.

Sous l'influence du traitement et au bout de deux mois environ, on observe une rétrocession progressive des troubles aboutissant à une bonne rémission. On observe une rectification des croyances paralogiques avec apaisement de l'exaltation affective. Ce retour à une meilleure autocritique est suffisant pour permettre l'octroi à M. T... d'un congé d'essai d'un mois.

Le 13 juin 1955, épreuve de la consolidation de son éventuelle guérison.

Le 13 juillet 1955, aucune récurrence des troubles ne s'est produite. M. T... n'a plus été la cause d'aucun scandale et ne s'est plus livré à ses poursuites passionnelles ; on accorde dès lors la sortie définitive.

Au bout de quelques mois, une rechute se dessine qui prend l'aspect d'une psychose paranoïaque systématisée, avec délire d'interprétation, de préjudice et d'influence, idées actives de persécution et de grandeur, qui ont conduit le sujet à des démonstrations agressives avec irritabilité et surtout à des voies de fait et des menaces.

Ces troubles ont motivé, en avril 1956, une expertise de la part du Docteur J. PICARD, dont nous nous permettons d'exposer, dans les termes mêmes de notre maître, les principaux éléments :

« Depuis quelques mois, les comportements de T... n'ont pas été sans jeter quelque émoi dans son petit pays, d'autant que ses démêlés avec le maire, à l'occasion du remembrement, ont abouti à de nombreux éclats et qu'il est notoire qu'il a déjà été interné il y a un an.

« Le Conseil municipal de la commune, réuni en janvier, a exprimé ses appréhensions et indiqué qu'il se verrait contraint de démissionner si rien n'était fait pour rétablir le calme troublé par les agissements de T...

« Les témoins disent que, chaque jour, lorsqu'il passe devant le monument aux morts et la mairie, il se met au garde-à-vous avec une fourche et un bâton.

« Au mois de janvier, le maire étant venu apporter à son domicile une convocation pour le remembrement de la commune, il lui porta des coups, mais plainte ne fut pas portée par le maire contre T... qui est son adjoint.

« Enfin, plus récemment, il a ostensiblement déclaré qu'il lui mettrait "les tripes au soleil".

« Si cette situation est restée assez longtemps sans solution, c'est que le maire répugnait dans sa situation à prendre des mesures d'autorité qui eussent pu influencer l'enquête.

« T... n'aurait fait jusqu'à présent l'objet d'aucune condamnation.

« Comme il était aisé de le prévoir, il n'a pas été facile de joindre le prévenu. Convoqué une première fois, il s'est abstenu de toute réponse ; sa femme nous écrivit à ce sujet : "Il faudrait que vous fassiez comme pour la première fois, que vous veniez le chercher à l'heure du déjeuner ou le soir, car il me dit qu'il n'a d'ordre à recevoir de personne."

« C'est donc par surprise, en allant chez lui à l'heure du repas du soir, que nous avons pu établir le contact.

« Les renseignements recueillis sur T... sont les suivants : il n'y a pas chez lui d'antécédents héréditaires connus ; ses parents sont décédés : son père de vieillesse et sa mère d'artériosclérose. Lui-même n'a jamais eu de maladies d'enfance graves. Il aurait toutefois présenté quelques convulsions infantiles, vers sept à huit mois. Il aurait eu les oreillons dans l'adolescence et la rougeole à vingt ans. Il aurait fréquenté l'école jusqu'à treize ans, a eu le certificat d'études et était considéré comme très bon élève.

« Il a accompli son service militaire en 1931, a été mobilisé en 1939, a participé aux opérations en Alsace et a été fait prisonnier à Belfort. Il est resté cinq ans prisonnier jusqu'en 1945.

« Toute sa vie s'est passée, en dehors de ces événements, au pays natal où il a d'abord travaillé avec ses parents, puis à son compte, dans l'exploitation d'une ferme de 30 hectares.

« Le début des troubles semble remonter à 1954, à l'occasion du remembrement. Sa femme a constaté qu'alors qu'autrefois il se montrait d'un caractère enjoué et gai, il serait devenu assez sombre, préoccupé par une répartition où il avait le sentiment d'être lésé. Sa femme ajoute d'ailleurs que, peut-être, à cet égard, il n'avait pas tort et que le regroupement des terres tel qu'il avait été projeté était loin de l'avantager.

« C'est alors qu'il donne des signes de plus en plus précis de déséquilibre. Il dormait mal, avait des soubresauts la nuit, observait souvent le jour un mutisme presque total. Il éprouva le sentiment que deux groupes antagonistes s'opposaient en ce qui le concernait.

« Certains lui étaient hostiles et d'autres favorables. Le maire, sa femme, certains voisins étalent contre lui ; par contre, la femme de l'instituteur agissait en sa faveur et il se mit en mesure de la courtiser, ce qui provoqua des altercations avec le mari... et entraîna son premier internement à Bonneval.

« Lors de son premier séjour, M. T... s'est montré fort délirant : la femme aimée communiquait avec lui par les « voies de la lumière », par Radio-Luxembourg où elle lui faisait des avances par envoi de chansons suggestives ; de plus, elle lui procurait des sensations nocturnes délicieuses qui l'empêchaient de dormir, etc.

« Durant son séjour, le malade fut traité par narco-analyse et soumis à 12 électro-narcoses.

« Ses comportements furent toujours difficiles à pénétrer ; néanmoins, au bout de deux mois, l'on pouvait constater une rétrocession progressive des troubles. Devant cette rémission, il fit l'objet d'un congé d'essai, puis, n'ayant pas extériorisé durant un temps suffisant de nouveaux troubles, d'une sortie définitive.

« Nous savons malheureusement que ce calme n'a été que transitoire et que depuis quelques mois une recrudescence de ses agissements antérieurs ne laisse pas d'être préoccupante.

« Monsieur T..., qui était à son domicile quand nous nous sommes présentés, a paru surpris de notre venue. Il nous a identifié sur le champ, nous a déclaré que c'est volontairement qu'il n'avait pas répondu à notre convocation, a refusé de nous donner la main, nous a priés de ne pas insister, qu'il ne se prêterait à aucun examen, que du reste il n'était pas M. T..., que nous pouvions peut-être ignorer ses grandes qualités, mais que nous apprendrions à les connaître.

« Lui ayant fait part de notre mission, non sans avoir esquivé plusieurs fois des mouvements de sortie dans la cour, il nous déclara que le juge d'instruction n'avait rien à voir dans son affaire, qu'il avait bien frappé le maire, mais se trouvait en état de légitime défense, le maire cherchant à lui nuire et le mettant en danger. Il déclara, de même, avoir proféré les propos menaçants incriminés parce qu'il est fort de son droit, de même qu'il a le droit de se mettre quotidiennement au garde-à-vous avec une fourche, devant la mairie ou le monument aux morts, sur lequel figurent d'ailleurs les noms d'au moins cinq des siens.

« Il s'est montré plus réticent et plus énigmatique en ce qui concerne le syndrome érotomaniaque et les faveurs féminines dont il se prétendait l'objet ; mais sa femme nous a confié qu'il était demeuré à son égard indifférent et qu'ils n'ont cessé, depuis son retour, de vivre côte à côte comme des étrangers.

« Au bout d'un moment, nous dûmes interrompre l'entretien, T... se montrant de plus en plus irritable, n'acceptant plus le colloque, nous priant de nous retirer et maugréant seul dans sa cour, de long en large. Est-il besoin de dire que nous avons tiré de ce contact assez d'éléments pour aboutir à des conclusions utiles.

« L'attitude, les agissements, les propos de T... sont demeurés ceux d'un paranoïaque très actif : méfiance, égocentrisme, hypersthénie, susceptibilité, fausseté du jugement, inadaptabilité, qui sont les traits dominants. Toutefois, il s'agit là de traits de caractère qui expriment plus des dispositions que des délires.

« En la circonstance, il est certain que les choses ne se bornent pas là. La construction délirante est certaine. L'idée initiale de préjudice s'est muée en un système de persécution organisée. Il semble même qu'actuellement les éléments féminins protecteurs soient moins dominants que les éléments hostiles. Il ne s'agit certainement pas uniquement d'interprétations, mais bien d'états hallucinatoires figurent de véritables révélations. Au reste, il a le sentiment que celles-ci sont

perçues comme lui par autrui et par conséquent parfaitement connues : "Vous le savez aussi bien que moi." Phrase classique et singulièrement révélatrice. De plus, le délire a pris l'extension habituelle vers les idées compensatrices de grandeur. Elles sont à peine sous-entendues : il est quelqu'un, quelqu'un d'autre que lui-même ; tout en le sachant certainement, l'interlocuteur feint de le méconnaître, mais il apprendra à le connaître.... L'énoncé, qui est assorti de sourires entendus, comporte alors une expression d'euphorie manifeste au travers de l'irritation permanente.

« Nous n'avons pas pu pratiquer l'examen physique du prévenu qui nous est apparu dans les mêmes conditions favorables que précédemment. C'est un sujet qui ne fait aucune sorte d'abus (ni de tabac, ni d'alcool), qui n'a jamais présenté d'épilepsie et qui semble jouir d'une excellente santé. Sa femme déclare qu'il n'est jamais malade et qu'il a toujours un excellent appétit.

« Les examens neurologiques antérieurs s'étaient tous révélés négatifs.

« Nos conclusions corroborent donc l'opinion générale, à savoir que T..., malgré une apparence d'amélioration qui n'a point duré, donne des signes évidents d'aliénation mentale. C'est un sujet dont le délire paranoïaque très actif demeure partiellement camouflé sous une réticence serrée. Il n'en demeure pas moins que nous savons pertinemment qu'il est passé des idées de préjudice aux idées de persécution, pour atteindre même le stade des idées mégalomaniaques. La nocivité d'un tel état peut être évidemment plus ou moins longtemps contenue : elle reste en puissance redoutable et elle s'est manifestée successivement par des voies de fait et des menaces formelles. Elle provoque enfin certainement un climat de malaise et de crainte dans toute la localité. D'où un nouvel internement. »

• *Deuxième hospitalisation : 7 mai au 7 décembre 1956*

On constate que M. T... est toujours aussi délirant et qu'une bonne part de la rémission antérieure semble avoir été le résultat soit d'une intimidation, soit d'une dissimulation. Nous l'avons dit, il s'agit maintenant d'une psychose paranoïaque avec délire systématisé, idées actives de persécution contre le maire de son pays qu'il accuse d'avoir voulu le tuer à plusieurs reprises. Euphorie paradoxale. Les thèmes mégalomaniaques sont partiellement dissimulés. (Il joue un rôle prépondérant dans les événements en cours d'Algérie). La chronicité est probable.

A la suite d'un traitement par sismothérapie et chlorpromazine, M. T... recouvre un jugement et une auto-critique sans défaut. Le comportement est normal dans le Service. Les attitudes sont détendues et il exprime des regrets sincères quant aux extravagances passées de son comportement. Il a présenté des excuses au maire de son pays et a l'intention, à la suite des manifestations de sa santé défectueuse, de se démettre de ses fonctions de conseiller municipal.

En raison du retour à cet équilibre mental satisfaisant et de la disparition durable de tous les éléments délirants (n'est plus sous l'influence d'aucun traitement depuis plus d'un mois, sans aucune rechute), peut être rendu à sa femme qui le demande. Et le 14 août 1956, on tente une sortie d'essai d'un mois, qui s'avère satisfaisante.

Depuis lors, M. T... n'a pas donné lieu à observation particulière et aurait eu un comportement normal. Il s'est soumis à notre visite de contrôle au dispensaire. Il apparaît que l'efflorescence délirante est actuellement résorbée, que l'on observe chez lui des conduites normales, et l'on octroie à M. T... sa sortie définitive (décembre 1956).

EN RESUME

Ce qui frappe chez ce sujet, c'est la présence de la majorité des éléments de la constitution paranoïaque : nous relevons, en effet, les idées de préjudice, la réticence serrée, les élusions souriantes, l'hypersthénie marquée, la haute estime et la satisfaction de soi. La tendance à la systématisation progressive des idées de persécution, l'extension délirante en « tache d'huile » qui finit par englober dans le délire un nombre toujours croissant de personnages... enfin, les réactions agressives. Au mécanisme habituellement intuitif et interprétatif, s'ajoutent ici des éléments hallucinatoires.

Le motif déclenchant ici encore est d'ordre cadastral : c'est le remembrement, le sentiment puis le délire de dépossession et de frustration. Cette psychose de dépossession survient sur un terrain paranoïaque.

Notons la durée plus importante de l'internement lors du second séjour hospitalier (sept mois), surtout par rapport à la brièveté habituelle des psychoses aiguës.

Dans cette observation clinique, le délire semble prendre une tournure de pronostic sombre : il s'étend, englobe même la femme de T... et la persécution cède le pas à la mégalomanie.

Remarquons qu'ici l'atteinte de la conscience est plus profonde que dans les deux cas que nous décrirons ci-après, d'où une évolution meilleure.

Malgré une existence sociale extra-hospitalière subnormale, à l'issue du second séjour, il nous semble que pour M. T... le pronostic soit à réserver, une rechute étant malgré tout une éventualité toujours possible.

OBSERVATION N° 6

Nous débuterons l'observation clinique suivante en exposant partiellement les principaux éléments de l'expertise de M. O... (décembre 1952) qui nous permet au mieux de suivre les faits.

Monsieur O..., âgé de soixante-dix ans, veuf, sans enfant, est poursuivi pour vol de récoltes. Il se dit mandaté par procuration de la Demoiselle L... ; il pro-

teste contre la liquidation des biens de celle-ci, la prétendant frauduleuse, alors qu'il y fût procédé par jugement et par adjudication de notaire.

Il va aider la Demoiselle L... à cueillir des poires dans un jardin qu'elle a possédé mais qui est vendu. Il dépose des plaintes multiples contre le garde-champêtre, les gendarmes, le tribunal..., disant qu'un complot existe contre lui. Il rédige au nom de la Demoiselle des plaintes dans le même sens. Il porte plainte contre le propriétaire qu'il a volé. Il invoque le code, le droit, la liberté. Il a déjà été condamné pour coups et blessures et vols.

Monsieur O... ne sait à quel âge sont morts ses parents. De deux sœurs, l'une est décédée, l'autre est bien portante, mais n'aurait pas toutes ses facultés mentales et ne serait pas internée.

L'inculpé est né normalement. Il n'aurait jamais eu aucune maladie. Il aurait accompli son service militaire en 1902. En 1914, il a été combattant. Il a été « commotionné » mais non réformé. Il nie la syphilis. Il nie toute crise d'épilepsie ou tout équivalent. Il n'aurait jamais été interné ni hospitalisé pour maladie nerveuse ou mentale.

Il aurait fréquenté l'école jusqu'à treize ans sans obtenir le certificat d'études.

Il a été ouvrier agricole « à son compte ». On lui a « vendu ses terres ».

Il est assisté comme incurable. On a fait au sujet de ses terres un « faux jugement » il y a quatre ans. Ce faux jugement serait intervenu un peu après le début de l'affaire de Mademoiselle L...

« Il y a dans le pays un complot contre lui. »

« — Pourquoi vous occupez-vous des intérêts de Mademoiselle L... ? »

« — Parce que son frère l'a volée ! »

« — Supposez que ce soit vrai, cela ne vous regarde pas ? »

« — Je suis libre d'être mandataire. »

« — Vous n'avez même pas le certificat d'études et vous ne connaissez rien aux questions de droit ! »

« — Si, j'y connais. Je connais ce que je lis sur mes codes, le code de procédure, le code pénal, le code civil. Je sais presque les codes par cœur. »

« — C'est vous qui lui avez fait rédiger des plaintes ? »

« — Oui, c'est moi, parfaitement ! »

« — C'est vous qui lui interdisez de parler hors de votre présence ? »

« — J'ai le droit comme mandataire. Nous verrons ! Toutes les plaintes que j'ai déposées, elles doivent marcher ! »

« — Pourquoi ne vous êtes-vous pas présenté à la convocation ? »

« — Parce que j'ai vu ce qu'on voulait me faire. »

« — Que voulait-on vous faire ? »

« — Je le garde pour moi. »

« — Pourquoi refusiez-vous d'obéir au mandat d'amener que vous ont présenté les gendarmes ? »

« — J'ai refusé le tribunal par la loi ! »

« — Voyez-vous dans quelle situation vous mettez Mademoiselle L... ? »

« — J'ai pas fait faire de bêtises, Monsieur, j'ai pas peur. Je suis pas fou ! On m'excite ! »

« — Qui vous excite ? »

« — Le complot. »

« — Quel complot ? »

« — Le complot du maire. Le juge est d'accord avec eux. Il y a longtemps que je sais ce qu'on veut me faire. »

« — Alors, pourquoi ne vous tenez-vous pas tranquille ? »

« — Est-ce que je n'ai pas mes droits ? J'ai des droits. J'ai des gens qui me défendront et vous verrez qui ! »

« — Quels gens ? »

« — Je ne peux pas vous dire : des gens haut placés, qui connaissent la loi. Je me défendrai ! J'ai le droit de me défendre (véhémence progressive). Je m'occupe pas des juges. Je m'occupe des codes que je connais. »

« — Avez-vous raison contre tout le monde ? »

« — Vous m'énervez, vous m'excitez, vous voulez me faire passer pour fou. Il y a longtemps que l'on veut me faire passer pour fou ! C'est pour m'empêcher de défendre mes droits. »

Monsieur O... est incapable de critique. On ne peut lui faire entendre que le tribunal a normalement décidé la vente des biens que possédait dans l'indivision avec son frère Mademoiselle L... Il manifeste une réticence quand on lui demande s'il n'a pas eu autrefois des histoires et il finit par dire : « On me fait des injustices ! Ça a commencé en 1923 quand on a cambriolé chez moi et que les cambrioleurs ont monté le coup à tout le pays. C'est tout le complot ! Ils sont tous contre moi ! »

En outre, le sujet s'oppose à tout examen physique.

La chaleur passionnelle, la véhémence croissante, l'incapacité critique, l'incapacité de pondération, la hargne foncière, la prétention de la part de cet homme d'une instruction rudimentaire de connaître les codes mieux que les magistrats, les abstractions fumeuses, l'acharnement à affirmer ce qu'il nomme son droit contre les décisions de justice, l'illusion délirante de se réclamer sans cesse et contre tous des codes du droit et de la liberté, sont évidemment d'un paranoïaque constitutionnel.

En dépit de sa méfiance et de sa réticence, nous apprenons que M. O... n'en est pas à sa première histoire. Il y a quatre ans, s'est produit un événement qu'il ne veut pas préciser. Depuis 1923, un complot s'est ourdi contre lui.

En fait, c'est plus récemment qu'il a compris que le complot avait commencé en 1923. Il y a là une interprétation délirante rétrospective, mais dès cette date il serait entré en conflit avec les autorités. Il s'agit donc d'un vieux paranoïaque et il a déjà été condamné.

Il refuse d'obéir aux gendarmes qui lui présentent un mandat d'amener. Comme il est classique dans les délires des paranoïaques, M. O... a des « idées de protection » et fait intervenir des « personnes haut placées qui connaissent les codes » qui lui assureront la sécurité. Son orgueil morbide est irréductible. Il se targue de la loi telle qu'il l'entend, contre la loi telle qu'elle existe. Sa véhé-

mence ne peut être apaisée. Il craint qu'on l'interne, mais cette crainte ne le porte pas à se montrer plus calme. A soixante-dix ans, il n'est pas très affaibli intellectuellement et la sénilité qui commence ne fait que lui apporter un appoint d'excitation maniaque.

Il est évident que Monsieur O... n'a pas épousé le délire de Mademoiselle L... Il a trouvé dans la situation de cette demoiselle une magnifique occasion de se déployer. Il l'a circonvenue jusqu'à ce qu'elle accepte de le considérer comme « mandataire » et il s'est trouvé habilité à répandre sa hargne, sa tracasserie, son orgueil. Ce fut une aubaine pour son tempérament paranoïaque que la situation juridique de cette vieille fille. De ce prétexte, il a fait son affaire, de cette vieille fille affaiblie et suggestible, sa protégée et sa compagne docile. Ainsi lui interdit-il de parler hors de sa présence. Il se délecte de cette domination. Son tempérament paranoïaque a trouvé dans la situation de Mlle L... sa voie et sa plus belle occasion de se manifester. Et il a entraîné à délirer et à partager son délire cette vieille fille qui, sans lui, aurait peut-être déliré mais seulement comme une hypochondriaque affaiblie, sans entreprendre les revendications dont M. O... est le promoteur. Il est le maître du délire.

Il est si sthénique, si acharné, si passionné, il réalise si pleinement sa personnalité dans cette affaire inespérée et telle qu'il n'en avait jamais eu de si belle pour se dépenser, qu'il reste fort à douter qu'il rectifie prochainement.

Pour ce qui nous occupe présentement, il est dangereux. Dangereux parce qu'il a conduit à des réactions antisociales une pauvre vieille fille qu'il s'impose d'interner en même temps que lui. Non seulement de ses plaintes innombrables il tracasse l'administration, mais ce qui est plus grave, il se montre capable de résister par la force aux gendarmes. Il est encore assez vigoureux. Sa haine est irréductible. Il est d'un tempérament violent et il ne faut pas oublier qu'il a déjà été condamné pour coups et blessures. Il est fort capable de poignarder le maire ou le garde-champêtre.

Conclusions de l'expertise : M. O... est un paranoïaque constitutionnel ; orgueilleux, méfiant, jaloux, hargneux et autoritaire, ayant trouvé dans la liquidation de la succession L... une occasion de choix à déployer son tempérament, il a circonvenu et persuadé Mlle L... d'un complot ourdi contre elle et contre lui, par le maire, le garde-champêtre, le notaire, les magistrats, qui ont fait un faux jugement. Il triomphe à dominer cette vieille fille affaiblie. Il s'est fait délivrer une « procuration » et s'est institué le mandataire de Mlle L... Il lui fait déposer des plaintes et en dépose lui-même de multiples. L'hypersthénie le mène à un acharnement triomphant et euphorique en tout. Ses convictions délirantes sont irréductibles. Il multiplie avec délice les indices et les interprétations délirantes. Il se réclame du code, de la liberté et de ses droits. Il annonce des protections puissantes qui doivent lui assurer la victoire définitive.

Début de sénilité, appoint maniaque, condamnation ancienne pour coups et blessures.

Monsieur O... est donc interné le 31 décembre 1952 après un non-lieu médico-légal.

Dans le Service, il manifeste un délire de revendication sur fond de processivité paranoïaque. Il extériorise des conflits d'intérêt personnel ou étranger.

On note une psycho-rigidité avec véhémence passionnelle sous le couvert d'une aménité tactique. Il y a des idées actives de persécution ; des complots sont ourdis contre lui pour le léser. On le jalouse parce qu'il a un peu de biens et qu'il est supérieur aux autres. Il s'agit donc d'une psychose cadastrale avec délire de bornage, activité procédurière, conviction irréfragable. M. O... s'est fait auto-justicier. On note chez lui une psychologie de redresseur de torts. C'est ainsi qu'il s'est pourvu mandataire de diverses personnes en voulant s'imposer comme leur mandataire *ad litem*. Il présente un caractère dominateur et chicanier. Il dit que les chardons des voisins essaient dans les champs de sa protégée.

Sur les certificats de situation des années 1953 et suivantes, on peut lire : « Délire paranoïaque à forme processive, revendicante et querulente. Plaideur impénitent. Prosélytisme judiciaire. Élément actif d'un délire à deux. Vols par mesure de rétorsion. Véhémence convictionnelle intense. Sujet protestataire et sournois. »

Nous pouvons noter que très souvent, chez les personnalités paranoïaques, à mesure qu'ils prennent de l'âge, les réactions querulentes et processives s'émoussent. Ces sujets continuent de délirer et de ruminer, mais leurs manifestations antisociales vont diminuant. Il n'en est pas ainsi pour M. O... Ce dernier, en effet, est extrêmement véhément et haineux. Il ne rabâche pas une systématisation ancienne ; au contraire, il poursuit activement une systématisation actuelle, progressive, de son délire. Il y englobe un nombre croissant de personnages et, si à l'origine il ne s'agissait que du maire et des gendarmes, l'extension du délire dépasse actuellement les degrés croissants de la magistrature. Les plaintes augmentent en nombre et s'accumulent. Enfin, il annonce que bien loin de renoncer, il déposera de nouvelles plaintes.

Depuis la fin de l'année 1952, M. O... se trouve dans nos murs. Il n'en est sorti que très transitoirement en 1958 pour subir une prostatectomie et le séjour en milieu chirurgical s'est fait sans incident.

Actuellement, les plaintes persistent inchangées et sont l'expression de son habituelle processivité. Le sujet demeure protestataire et sournois. Les seules réactions scandaleuses actuellement possibles résident dans l'intempérance épistolaire qui, si elle existe, ne semble cependant pas devoir entraîner de conséquences graves, à part le fait que la vie hors du milieu hospitalier paraît illusoire et que le pronostic de la psychose est bien sombre.

OBSERVATION N° 7

Monsieur F... est âgé de cinquante-six ans lorsqu'il est interné en janvier 1936. L'anamnèse nous révèle que sa mère est décédée à l'âge de trente ans d'alcoolisme aigu. Son père, à quatre-vingt-quatre ans, d'une défaillance cardiaque. On trouve dans la fratrie quatre frères qui sont tous en bonne santé. Lui-même a suivi les classes jusqu'à l'âge de treize ans, sans obtenir le certificat d'études.

Il sait lire et écrire. Il a toute sa vie cultivé la terre. Il a fait son service militaire et la guerre 1914-1918 dans les tranchées.

Il s'est marié à l'âge de vingt-six ans et du mariage sont nés quatre enfants en bonne santé, dont trois sont mariés à l'époque où M. F... nous est adressé.

On ne trouve rien dans les antécédents héréditaires. M. F... lui-même a toujours été bien portant, à part une pleurésie au service militaire et peut-être une crise de R.A.A. M. F... réside à B... depuis sept ans. Il est propriétaire d'une ferme et de 51 hectares de champs (25 hectares de bois, 23 hectares de champs de blé lui venant de son beau-frère, cultivés par le même fermier depuis trente ans).

Il exploite quant à lui 7 hectares ; il achète des bêtes au printemps et les vend à la mi-saison.

Depuis trois ans, il se querelle avec un voisin qui le raille sans arrêt. A la suite d'une discussion violente dans un café, au sujet d'une affaire de bornage, M. F... fait du scandale, vole un acte de bornage, menace de mort le maire de B... et le secrétaire de mairie. Ces éclats le mènent d'abord en prison, puis dans nos Services.

• *Première hospitalisation : janvier 1936*

Placement d'office.

Monsieur F... est tout à fait calme. Il ne se lie avec personne, mais devient prolix lorsqu'on l'interroge : « Tout vient de cette affaire de bornage, à cause de mon voisin. Sinon, je n'ai jamais eu d'ennemi politique. Autrefois, j'étais président de la Fédération républicaine de B... Puis j'ai donné ma démission. Je suis pour la République propre et honnête. Je suis républicain national, j'aime le travail et l'économie. »

« J'ai eu des discussions avec le curé : voici ce qui s'est passé » : « Le curé est allé à Lourdes avec l'adjoint et le maire. Ils voulaient m'emmener, mais j'ai refusé. Le maître d'école y allait aussi souvent... Il n'a pas les mêmes idées que moi, celui-là, mais ça m'est égal. Pendant son absence, Monsieur le curé avait laissé au presbytère une femme de quarante ans, divorcée, qui fit parler d'elle. J'en fis la remarque à Monsieur le curé et celui-ci dès lors ne tarda pas à montrer son animosité à mon égard, car un jour il parla de moi à la messe dans son sermon plein de sous-entendus. Voici exactement ce qu'il a dit à termes couverts : "Monsieur F... arrivera maire de B..., il me fera partir." Puis il a répété ces mots au catéchisme.

Un autre jour, il m'a accusé d'avoir écrit à l'Evêché pour le faire déplacer et cette lettre serait arrivée à la mairie. Je l'ai su par des gens à qui le curé s'était confié. Je n'ai jamais eu d'idées antireligieuses. Je vous affirme que je suis un honnête homme, moi !

J'ai été conseiller municipal et le curé m'en a fait chasser. »

Le récit est souvent rempli d'incohérences et de contradictions nombreuses. Les idées exprimées à l'égard du curé de B... sont manifestement délirantes. Les accusations portées contre lui sont ridicules et puérides : « Un jour, j'ai fait pleurer le curé pendant 2 heures après une entrevue. Je me suis fait faire des excuses... Je suis pour la religion et le bon Dieu surtout. »

Monsieur F..., montre le peu de suite dans ses idées.

Il parle tour à tour de ses enfants qu'il n'aime pas, sauf son dernier, de sa femme surtout qu'il accuse de libations nombreuses et de vol !

« J'ai acheté un coffre-fort pour y mettre mon argent car elle dépensait tout pour boire. Elle m'a volé 42.000 francs mais maintenant je la tiens... et elle a perdu sa passion du vin. »

Lorsqu'on lui demande s'il s'entend avec ses voisins, il répond : « Je m'entends bien avec tous les gens honnêtes et je déteste tous les gens malhonnêtes. »

Quant aux incidents du bornage, les explications que Monsieur F... nous fournit sont inextricables et incompréhensibles. Il se rappelle assez mal les circonstances de son arrestation et de son séjour en prison, mais il nie avec véhémence le fait d'avoir menacé de mort le maire de B... et le secrétaire de mairie, qui, par leur plainte, sont la cause de son malheur. « Les gendarmes ont voulu me faire faire des aveux, mais moi je suis un honnête homme et je n'irai pas me salir les mains. Le juge d'instruction m'a ensuite interrogé, mais je n'ai pas voulu répondre, car je n'ai rien à me reprocher. »

« J'ai d'abord cru que c'était le père M... qui avait porté plainte. Je ne lui en veux plus, mais je ne lui serrerai jamais la main. Il est bien bas. Je suis au-dessus de tout cela, je saurai garder mon honneur propre. »

« Quelques jours avant mon arrestation dans le café, le maire n'osait pas me regarder en face. Il n'était pas fier de me trouver, car il avait des choses pas très propres à se reprocher... On a aussi coupé 110 fils barbelés entourant mes champs, on a abattu des arbustes dans mes pâturages, 21 places de ronces ont été coupées dans la nuit du 12 au 13. J'aurais pu les poursuivre en justice pour cela et je regrette de ne pas l'avoir fait. »

En ce qui concerne l'affaire de bornage, Monsieur F... se montre réticent quand on lui demande s'il désire continuer à plaider : « On verra ... Ça m'est indifférent ... Ça s'arrangera ... La justice française et républicaine seule pourra me donner raison ou tort. »

Le fond mental est pauvre, malgré cette narration prolixe et diffuse. La pensée et l'activité sont concentrées sur cette affaire de bornage, sur les notions de bien et de mal, de probité et de malhonnêteté.

Monsieur F... présente donc un délire de revendication à thème essentiellement rural où s'intriquent des éléments passionnels, émotifs et des interprétations anciennes de préjudice. On relève une méfiance vive, un égocentrisme avec méconnaissance des éléments réels du conflit (vol d'un acte de bornage qu'il nie avoir commis, avec une véhémence menaçante) ; aspirations processives. Il profère des menaces de suicide en cas d'échec de ses revendications. Il semble exister une hérédité paranoïaque dans l'ascendance paternelle.

• *Février - mars 1936*

Monsieur F... est calme, mais réticent. Il se tient dans une réserve voulue, évitant soigneusement toute protestation.

C'est alors que nous apprenons que le ménage F... vivait séparé depuis quelques temps déjà.

Madame F... adresse au préfet une lettre de protestation contre l'internement de son mari, lettre portant le cachet de la poste de B... alors que la postulante n'y résidait plus depuis longtemps. A la suite de ce fait, une plainte a été déposée chez le Garde des Sceaux pour protester contre la détention prolongée de Monsieur F..., et chez le Préfet contre l'internement du malade, ce qui semble avoir créé des difficultés et des démarches pour éclaircir cette situation déjà compliquée auparavant...

De toute manière, le tableau clinique est inchangé. On note encore l'abondance des détails dans le récit, le débit précipité, difficile à suivre, la méticulosité. Les conversations prennent habituellement la forme d'un long monologue à peine interrompu par des jeux de scène ou de mime. Monsieur F... prend des allures confidentielles pour révéler les faits les plus insignifiants.

Nous reproduisons à dessein le certificat de sortie de Monsieur F..., car il résume à lui seul le tableau clinique :

« Est atteint de paranoïa quérulente. Conflit de propriété. Paroxysmes émotifs. Méfiance. Susceptibilité, activité tatillonne et procédurière. Sentiment de persécution par une bande déchaînée contre lui. Interprétations confirmatrices : signaux symboliques entre ses ennemis, expressions mimiques significatrices... Réactions menaçantes. Désir d'aboutir par tous les moyens : vol d'un acte de bornage, menaces de mort sous condition, véhémence passionnelle pouvant aller jusqu'aux éclats de justice. Insoumission à la chose jugée. Détermination au suicide en cas d'échec. Sédation partielle des troubles à la suite de l'isolement en milieu hospitalier. Réticence. Légère baisse des facultés intellectuelles. La demande de sortie a été formulée de façon incessante par la famille F... Etant donné que le conflit de bornage, qui avait été la cause occasionnelle du délire, est actuellement apaisée par une entente à l'amiable, il paraît certain qu'en raison de la cédation des troubles, les chances de réadaptation correcte du sujet à son milieu ont atteint leur point optimum. »

La sortie, en vertu de ces diverses considérations, peut être accordée, et Monsieur F... sort avec sa famille en mai 1936.

• *Seconde hospitalisation : septembre 1954*

Lorsque nous revoyons Monsieur F... il est âgé de soixante-quatorze ans. Il présente un état d'exaltation passionnelle sur un fond d'affaiblissement intellectuel pré-sénile. Sa femme est décédée : il l'a laissée mourir sans appeler de médecin, l'ayant confiée aux soins exclusifs d'un guérisseur. Il affirme que sa femme est morte victime d'un mauvais sort que lui ont jeté des persécuteurs qu'il refuse de désigner. L'ensemble des persécuteurs paraît organisé en un véritable réseau qui a pour centre la ville de B... où il demeure et ces persécuteurs ont un pouvoir d'action qui s'étend sur un rayon de 40 km de distance. L'un de ces persécuteurs est son propre fils dont il affirme actuellement par interprétation rétrospective qu'il n'est pas le père. Il possédait dans sa chambre à coucher un fusil de chasse chargé : "on ne sait jamais... pour les voleurs, la nuit !".

Monsieur F... semble avoir perdu le contrôle de ses facultés et de ses actes, ce qui explique son deuxième internement en placement volontaire, rapidement transformé en placement d'office.

On peut lire sur le certificat d'entrée : « est atteint d'un délire interprétatif paranoïaque d'évolution ancienne, avec idées actives de persécution et de revendication. Hypersthénie véhémence. Délires successifs à thèmes différents (délire de bornage initial, extension progressive du délire à toute la famille dont sa femme récemment défunte). Réseau de persécution ; médecins empoisonneurs, etc... Veille prolongée du cadavre de sa femme avec un fusil chargé, sans cran d'arrêt, à toutes fins... Interné une première fois en 1936 après non-lieu médical. Internement violemment contesté à l'époque par l'entourage et diverses personnalités politiques. Sortie avec amélioration relative. Persistance sans éclat de l'évolution des profusions délirantes depuis lors. Recrudescence depuis plusieurs années d'une paranoïa familiale ayant abouti à la situation actuelle. Danger effectif pour l'ordre social et la sûreté des personnes. »

Au long des années qui suivent, Monsieur F... va présenter les mêmes dispositions mentales, tout en s'adaptant peu à peu à sa vie nouvelle. Ses convictions délirantes sont toujours si nombreuses et si anciennement enracinées que l'on n'espère plus à son âge obtenir de rectification. Il écrit des lettres clandestines. « J'ai toujours pensé qu'il s'agissait d'un état malheureusement chronique dont les chances d'apaisement sont à peu près nulles : il est en vain d'espérer une modification profonde de ses dispositions naturelles » écrit le Docteur J. PICARD, en juin 1956.

Jusqu'à sa mort, qui survient à l'hôpital en octobre 1959, Monsieur F... demeure toujours processif, protestataire et délirant. Par périodes, il se répand en récriminations écrites, mais se montre par ailleurs renfermé et réticent.

Durant la dernière année de sa vie, Monsieur F... passe le plus clair de son temps à rédiger ses « mémoires » où il accumule les revendications de son délire.

En résumé

Monsieur F... présente une psychose cadastrale lors de sa première hospitalisation, à propos du vol d'un acte de bornage. Comme l'a montré l'observation, cette affaire de bornage ne représente en fait qu'une cause occasionnelle qui survient chez une personne à constitution typiquement paranoïaque.

Nous attirons l'attention aussi sur le fait qu'avec l'âge, le délire une fois construit et systématisé ne laisse plus l'espoir d'une rémission, mais au contraire tend à l'extension progressive.

Le délire ne peut trouver de dénouement que dans la mort du sujet.

DÉDUCTIONS

En ce qui concerne l'âge de l'éclosion des troubles mentaux, l'ensemble de nos cas cliniques nous permet de constater deux notions : les sujets jeunes présentent volontiers des « psychoses aiguës » et les sujets âgés des « psychoses chroniques ».

Les « psychoses aiguës » ont le plus souvent une évolution et un pronostic favorables. En effet, le délire n'a pas encore eu le temps de se systématiser grâce à l'évolution favorable intrinsèque de ces psychoses et grâce à une thérapeutique efficace et rapide. En outre, la crise « cadastrale » succédant donc à un conflit exogène, est un événement passager dans la vie de ces sujets. Ce n'est pas une cause psychogène continue qui pourrait, du fait de son action traumatisante répétée, entraîner la systématisation d'un délire et créer par la suite une psychose chronique.

Au contraire, dans le cas des « psychoses chroniques », d'emblée le délire se systématisé et s'étend progressivement à tout l'entourage familial ou social du malade, pour passer à la chronicité (cas. n^{os} 6 et 7), ou après une longue évolution, connaître un aboutissement favorable (cas n^o 5). Ces sujets sont presque toujours placés en service fermé et perturbent souvent l'ordre public par leur ardeur revendicatrice, sthénique et procédurière.

Nous attirons l'attention sur le fait que le terrain paranoïaque de ces sujets fait d'emblée et à lui seul de cette crise cadastrale une psychose chronique. La « terre » n'est qu'un épiphénomène et ne sert qu'à alimenter ou à justifier une passion déjà existante en soi-même.

Nous n'avons pas relevé au cours de nos observations cliniques de manifestations morbides relevant d'une schizophrénie ou d'une épilepsie.

De plus, nous n'avons pas noté de passage d'une forme aiguë à une forme chronique.

En ce qui concerne les troubles psychotiques présentés dans nos observations cliniques, nous avons voulu souligner l'exactitude des

notions de H. Ey, concernant les rapports entre la longueur de l'évolution et le niveau de la déstructuration de la conscience ou la profondeur de l'atteinte de la personnalité : en effet, lorsque la dissolution de la conscience est profonde, voire complète, prenant parfois un aspect « catastrophique » et grave, comme dans certaines psychoses délirantes et hallucinatoires aiguës, le pronostic est favorable dans l'immédiat ou ultérieurement, après une évolution cyclique ou à rechutes. Au contraire, lorsque l'atteinte de la conscience ou de la personnalité est superficielle, peu marquée, comme dans les névroses ou dans la paranoïa, la déstructuration de la conscience est peu profonde et pourtant le pronostic est sombre étant donné la fréquence de la fixation des troubles, de l'enracinement des phénomènes délirants et l'inefficacité thérapeutique.

CONCLUSIONS

Tout au long de notre travail, qui a pour objet l'étude des « psychoses cadastrales », nous avons constamment opposé deux formes cliniques de cette entité morbide : selon l'évolution d'une part, selon le pronostic d'autre part.

Le premier groupe d'observations (cas n^{os} 1, 2, 3, 4) appartient aux « psychoses aiguës ». Les troubles présentés par les sujets de ce groupe ont toujours une évolution favorable et « sans lendemain », même si ultérieurement des rechutes bénignes surviennent. Ces manifestations aiguës, selon le niveau de déstructuration de la conscience plus ou moins profond auquel elles se situent, entrent tantôt dans le cadre des psychoses maniaco-dépressives, tantôt dans celui des psychoses délirantes et hallucinatoires aiguës, ou appartiennent aux psychoses confuso-oniriques.

Dans le second groupe d'observations (cas n^{os} 5, 6, 7), on relève une évolution plus longue, et, en ce qui concerne les cas n^{os} 6 et 7 notamment, nous pénétrons dans les « psychoses chroniques » et dans le groupe nosographique des « psychoses paranoïaques » essentiellement.

En effet, chez les sujets de nos quatre premières observations cliniques, nous n'avons jamais pu noter les traits de caractère inhérents à la personnalité paranoïaque.

Au contraire, nous retrouvons dans les dernières observations tous les traits de cette constitution.

En outre, et en accord avec notre étude, nous voulons rappeler ici la notion fondamentale de H. EY, concernant les rapports de l'évolution des troubles morbides en fonction du niveau de dissolution de la conscience : plus la déstructuration de la conscience est profonde, meilleure est l'évolution.

Nous avons voulu, par ce présent travail, attirer l'attention sur la fréquence des « psychoses cadastrales » essentiellement parmi la population rurale.

En outre, l'éclosion de ces psychoses cadastrales se voit chez des sujets au terrain ou à la constitution préalablement fragilisés. En aucun cas, les « conflits cadastraux » ne peuvent engendrer ou créer *stricto sensu* la psychose. Cette idée est corroborée par le fait que nous n'avons jamais relevé dans nos observations le passage d'une forme aiguë à une forme chronique.

Enfin, la « psychose cadastrale » constitue à la fois un délire de possession et de dépossession. Ce dernier sentiment ressenti comme une frustration n'est autre que le délire de préjudice retrouvé fréquemment chez les pré-séniles et, en ce qui nous concerne, dans les délires systématisés des personnalités paranoïaques.

Vu, le Doyen :
BINET

Vu, le Président de Thèse :
DELAY

Vu et Permis d'imprimer,
le Recteur de l'Académie de Paris :
ROCHE

BIBLIOGRAPHIE

EY (H.). — Etudes psychiatriques. Volume III, Etudes n^{os} 21, 23, 27.

EY (H.), BERNARD (P.), BRISSET (Ch.). — Manuel de pschiatric.
